

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 52

LES
FIBROMES SPHACÉLÉS
DE LA CAVITÉ UTERINE
DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 décembre 1930

PAR

Louis-Charles-Marie-Jean DESTTRIBATS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à HABAS (Landes), le 3 mai 1908.

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>	
		BÉGOUIN, professeur	}	
		PAPIN, agrégé		<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé,		

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 5

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931. — N° 52

LES

FIBROMES SPHACÉLÉS

DE LA CAVITÉ UTERINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 19 décembre 1930

PAR

Louis-Charles-Marie-Jean DESTRIKATS

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à HABAS (Landes), le 3 mai 1908.

Examinateurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
BÉGOUIN, professeur	} <i>Juges.</i>
PAPIN, agrégé	
JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX



M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	N.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Maladies mentales.....	PERRENS.
id.....	DUFOUR.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements.....	N.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR DESTRIKATS

Dont j'évoque le nom avec autant d'émotion que de fierté. Que sa vie, toute de dévouement et de probité, me serve d'exemple dans ma carrière. Mon premier hommage va de droit à sa mémoire vénérée, et ma reconnaissance filiale lui dédie ces pages.

A MA MERE

Bien faible témoignage de mon amour filial et de ma reconnaissance infinie.

A MON FRERE — A MA BELLE-SŒUR

Preuve de mon affection reconnaissante.

A MES SŒURS

A MON GRAND-PERE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

AU DOCTEUR M. CHOMET

En souvenir de notre amitié.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

LES

FIBROMES SPHACÉLÉS

DE LA CAVITÉ UTÉRINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

INTRODUCTION

Des diverses dégénérescences que peuvent subir les fibromes de l'utérus, il en est une qui fera le sujet de notre travail : c'est leur transformation septique.

Celle-ci peut revêtir deux modes :

- la suppuration;
- la gangrène.

La suppuration simple, c'est-à-dire sans gangrène concomitante, sera écartée de cet ouvrage; à vrai dire, c'est une complication rare. Forgue et Massabuau, dans leur traité de gynécologie, n'en donnent qu'une proportion de 1 à 2 p. 100 des cas.

La gangrène, beaucoup plus fréquente, est le résultat d'un processus de mortification du tissu néoplastique. Elle traverse généralement deux phases :

1° Une phase de mortification aseptique; c'est la nécrobiose des fibromes, encore appelée sphacèle aseptique. Elle

est sous la dépendance de troubles de nutrition qui résultent eux-mêmes de troubles vasculaires.

2° A cette première phase aseptique succède une seconde phase septique qui est le sphacèle proprement dit, dont la cause directe est l'envahissement, facile on le conçoit, par les agents infectieux, « de ces tissus frappés de mort et sans défense ». (Lecène.)

Le sphacèle peut cependant se faire d'emblée si la tumeur est soumise à l'action directe des microbes, ceux-ci pouvant déterminer eux-mêmes la mort des éléments histologiques par leurs toxines et leur pouvoir destructeur.

Les fibromes le plus fréquemment atteints de sphacèle sont justement ceux qui sont soumis, de par leur situation intracavitaire, à l'action immédiate des agents microbiens qui, par la continuité de l'utérus avec le vagin, transforment souvent la cavité utérine en un milieu septique. D'où leur nom de fibromes « exposés », par lequel on désigne les fibromes sous-muqueux sessiles et les polypes fibreux, lorsque les premiers ne sont plus rattachés que par un pédicule à la paroi utérine.

Dans notre thèse, nous nous bornerons à cette variété de fibromes, laissant de côté les tumeurs fibreuses interstitielles ou sous-séreuses. Mais les fibromes intra-utérins qui nous occupent tendant à être expulsés spontanément hors de la cavité utérine, nous les étudierons dans leurs différentes situations : utérine, utéro-vaginale ou vaginale.

Nous croyons utile de faire brièvement un rappel sur les conditions d'apparition et de développement du sphacèle, afin de mieux pouvoir juger des éléments du diagnostic et du traitement.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier ici tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux. Nous remercions particulièrement M. le Professeur Chavannaz et M. le Professeur Bégouin qui ont bien voulu nous donner une observation.

Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Andé-

rodias et M. le Docteur Rabère, chirurgien des hôpitaux, chez qui nous avons accompli nos stages d'externat et qui nous ont réservé le meilleur accueil.

Nous remercions par la sympathie que nous ont témoignée, au cours de nos études, M. le Professeur Chavannaz et M. le Professeur Duvetier; nous les prions de croire à notre reconnaissance.

Que M. le Professeur Guyot, qui nous a donné notre sujet, veuille bien accepter ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse et l'accueil bienveillant qu'il nous a toujours réservé.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Le sphacèle des fibromes de la cavité utérine a été connu de bonne heure. Déjà Levret en 1749, dans un mémoire à l'Académie royale de chirurgie, signale le premier « les polypes de la matrice et du vagin » et ajoute que « ces tumeurs peuvent aussi s'enflammer, s'ulcérer et se mortifier. »

Depuis, les polypes sont devenus monnaie courante et cette fréquence relative du sphacèle des polypes est à mettre en opposition avec celle des autres fibromes en général. Piquand, dans sa thèse, donne, pour ces derniers, une proportion de 3 p. 100. Elle est plus grande pour les fibromes sous-muqueux, car sur un total de 63, ces derniers étaient au nombre de 37. Pour les polypes, elle est encore plus forte, à cause de leur pédicule peu vascularisé et souvent de leur situation.

L'âge des malades n'est pas indifférent; il est, en général, supérieur à 40 ans; l'influence de la ménopause est indiscutable; plusieurs des observations que nous relatons ont trait à des femmes en pleine période critique ou qui n'étaient plus réglées, à moins que ne soit venue provoquer le sphacèle une des nombreuses causes que nous citons ci-dessous, au premier rang desquelles nous plaçons la puerpéralité.

L'âge du fibrome est plus difficile à établir. Ils sont très souvent méconnus et c'est là la principale cause de cette incertitude. Pour Bisch, il ne dépasserait pas habituellement 5 à 6 ans, mais on a vu des fibromes se sphaceler dès leur apparition. Noble cite, au contraire, le cas d'une femme de 70 ans qui a vu se gangréner un fibrome qu'elle portait depuis 35 ans.

On distingue classiquement des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Parmi les premières, nous citerons, en premier lieu, *la grossesse*. Celle-ci hypertrophie les fibromes, les ramollit et provoque leur nécrobiose. De la thèse de Barthélémy, il résulte que ces fibromes nécrobiosés peuvent demeurer assez longtemps dans cet état et permettre à la mère de donner le jour à un enfant à terme. Plus souvent, ils sont la cause d'un avortement ou d'un accouchement prématuré avec mort de l'enfant comme dans l'observation I, par exemple. Très rarement, ils se sphacèlent pendant la gestation (obs. XXVIII et obs. XXIX); nous laisserons de côté cette éventualité. Par contre, *les suites de couches* en sont fertiles; les raisons sont nombreuses : l'accouchement, la délivrance, les interventions qui ont pu être pratiquées, les préparent bien à l'infection alors si facile. Le sphacèle pourra être précoce et apparaître dans les premiers jours du *post partum*, ou tardif et ne se révéler qu'après 20 jours ou même plus, comme en témoignent certaines des observations ci-dessous.

L'utérus, lui-même, en dehors de toute grossesse, joue un rôle important dans les troubles de nutrition de ces tumeurs. Potherat incrimine les contractions dues aux fibres utérines hyperplasiées et hypertrophiées du fait de la présence du fibrome comme du fait d'une grossesse; ces contractions arrêteraient, par intermittence ou définitivement, la circulation dans la tumeur ou dans le pédicule du polype. Quénu, au contraire, attribue une plus grosse importance à l'élongation et à la torsion du pédicule tirailé. La tumeur, mal nourrie, s'infecte facilement et ainsi se produiraient des thromboses septiques oblitérant plus ou moins complètement les vaisseaux veineux. « Il y aurait là, dit-il, un véritable enchaînement des troubles mécaniques et des troubles infectieux, dans la pathogénie de la gangrène des polypes. »

La ménopause n'a pas toujours l'action atrophique qu'on lui a souvent accordée. « Celle-ci, dit Bisch, détermine, au niveau des vaisseaux qui irriguent l'utérus, des phénomènes

de rétrécissement et de sclérose. L'utérus subit tout entier un travail d'atrophie et de régression sous l'influence de cette diminution dans ses apports nutritifs. Rien n'est plus naturel d'admettre que ces tumeurs subissent le contre-coup de cette ischémie. »

L'infection sera alors aisée sur ces fibromes exposés et mal nourris; elle le sera d'autant plus que la *muqueuse* usée ou rompue par la procidence de ces tumeurs ou les frottements dont elles sont l'objet, lésée par l'endométrite si fréquente chez les fibromateuses, n'opposera plus qu'une barrière insuffisante aux agents microbiens.

Ceux-ci se trouvent à l'état normal dans le canal utéro-vaginal et leur virulence est justement exaltée par les troubles nutritifs et l'inflammation du fibrome.

Ils peuvent être apportés à son contact même, lors d'un *traumatisme*, le plus souvent chirurgical, qui blesse la muqueuse. Une séance d'électrisation, de galvano-puncture, un tamponnement, une cautérisation, une ponction, une application de forceps ou de basiotribe, parfois même un toucher brutal, etc., seront souvent la cause immédiate du sphacèle.

Celui-ci est encore favorisé par une *dégénérescence* du fibrome. Nous relatons une observation de fibrome calcifié gangrené. Il peut être aussi envahi par un épithélioma qui en favorise l'assaut microbien, et qui, bien plus, en dissocie les éléments, et devient un excellent milieu de culture.

Enfin l'action nocive d'une *thérapeutique* peut en être rendue responsable, comme l'ergot de seigle dans un cas que nous rapportons (obs. VII).

L'anémie si fréquente des fibromateuses serait encore une cause prédisposante.

La cause déterminante est réalisée par les agents infectieux. On a trouvé des aérobie (staphylocoques, streptocoques...); ils sont plutôt là à l'état de microbes associés ou surajoutés, car le sphacèle est surtout causé par les germes anaérobies qui sont, du reste, les hôtes naturels du canal utéro-vaginal. Hartmann et Mignot, Delore, Legros, Piquand, Michon, Creysse et Gar-

dère, on ont décrit diverses sortes; lorsqu'on les inocule aux animaux, ceux-ci meurent rapidement de gangrène gazeuse. On peut cultiver ces germes et leur culture exhale une odeur de sphacèle identique à celle de la tumeur.

Ils viennent, soit :

Du canal utéro-vaginal surtout, par voie de contiguïté;

D'organes voisins (vessie, rectum);

De trompes infectées;

De la voie sanguine pour quelques auteurs (Dans l'observation XXVIII on a incriminé la grippe. Cette origine est peu probable);

De la voie lymphatique.

La théorie inflammatoire des fibromes par microbisme latent, de Claisse, est également peu probable.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de nécrobiose simple que commencent par subir ces tumeurs se traduisent par un changement de coloration du fibromé, qui devient violacé, brun, couleur feuille morte, puis sombre, ardoisé, couleur vieux bronze, parfois semblable à du caoutchouc. En même temps, sa consistance diminue. Les éléments histologiques dégénèrent, sans désagrégation.

Mais cette évolution est rare; en général, dès que les phénomènes d'ischémie et de nécrobiose sont un peu avancés, les agents infectieux envahissent la tumeur et en déterminent le sphacèle. La masse se ramollit. Elle devient brunâtre, verdâtre par plaques, à demi remplie de détritux et de liquide sanieux. Le sphacèle peut être partiel, et l'on trouve, à côté de parties dures, fibreuses, des points ramollis qui s'effritent et se désagrègent facilement. Si la gangrène est totale, c'est une véritable bouillie de pus et de débris à odeur infecte, où l'on peut distinguer des brides irrégulières, vestiges des fibres de la tumeur.

La muqueuse est déchiquetée, détruite sur une étendue plus ou moins grande.

Ici, l'examen histologique montre que le sphacèle aboutit à la destruction avec désagrégation de tous les éléments vivants.

« Ce qui caractérise ces accidents, c'est, d'une part, la modification du tissu du fibrome, et, d'autre part, l'infection de ce tissu par les microbes. Dans mes deux observations, il s'agissait de fibromes sous-muqueux, en communication avec la cavité utérine seule dans un cas, avec le vagin dans l'autre. Le tissu du fibromyome était mortifié dans les deux cas; sur les coupes, tout le tissu myomateux était complètement

mort : rien ne se colorait plus et les éléments anatomiques n'étaient plus distincts. Sur les coupes traitées par le bleu de Unna, on apercevait, au milieu de ces tissus nécrosés, des traînées bleuâtres qui s'enfonçaient profondément; à l'immersion, il était facile de constater que ces traînées répondaient à une véritable purée de microbes (cocci et bâtonnets courts); autour d'eux, *aucune réaction vitale de défense*, pas de leucocytes, pas de cellules vivantes : cet aspect est très particulier et montre bien que ces microbes pénétraient dans des tissus déjà frappés de mort et sans défense...

» Dans un cas, l'infection était due, comme cela arrive si souvent dans les processus gangréneux, à l'association du staphylocoque et d'un bacille anaérobie correspondant à la description du *B. perfringens* de Veillon. Dans l'autre, il s'agissait d'une infection mixte par le streptocoque et un fin bacille anaérobie strict. » (Lecène.)

D'après le mode de répartition des lésions, le sphacèle peut revêtir deux types anatomiques, surtout dans le cas de polypes :

a) Le sphacèle superficiel, lorsque la périphérie, moins bien nourrie que le centre, se laisse infecter, alors que celui-ci, continuant à vivre, ne se sphacèle pas. A la coupe, la coque est constituée par du tissu noirâtre, putrilagineux, alors que le centre a conservé normaux son aspect et sa consistance. Entre les deux, zone intermédiaire;

b) Le sphacèle total, en masse, lorsque la circulation a été complètement supprimée, par la torsion du pédicule du polype, par exemple. Ce n'est alors plus qu'une sorte de masse et de bouillie putride et fétide. Ce type de sphacèle se rencontre surtout dans les polypes utéro-vaginaux, où la partie la plus gangrénée est celle qui fait saillie dans le vagin, étant plus mal nourrie et plus exposée aux infections de toutes sortes.

SYMPTOMATOLOGIE. — EVOLUTION CLINIQUE. PRONOSTIC

Nous avons déjà dit que le sphacèle passait généralement par deux phases : l'une aseptique, l'autre septique. La première passe souvent inaperçue. Quoi qu'il en soit, il y aura toujours résorption de produits putrides au niveau de la tumeur et élimination à l'extérieur de débris sphacelés.

Ce sont les signes généraux qui existent habituellement la scène.

La douleur ne fait presque jamais défaut. Elle peut apparaître brusquement, plus généralement elle est progressive; elle peut aller de la simple sensation de pesanteur dans le bas-ventre aux douleurs les plus vives, qui revêtent le type de coliques ou de douleurs expulsives. Elles s'irradient dans les lombes, les aines. L'épigastre, présentant des paroxysmes et s'exagèrent à la fatigue.

La région hypogastrique est parfois le siège d'une hyperesthésie cutanée qui peut empêcher toute palpation, comme pour la malade de l'observation XII, en tout cas, elle est toujours douloureuse à la pression.

La fièvre peut monter à 40 degrés; habituellement continue, elle oscille entre 38 et 39 degrés, elle peut cependant présenter des périodes de rémission. Elle s'accompagne d'accélération du pouls, de frissons, de sueurs. Néanmoins, fébrile, elle continue à délabrer un état général souvent déjà hypothéqué.

Les urines peuvent devenir albumineuses.

Le teint, sur lequel a bien insisté le Professeur Chavannaz, est celui des intoxiqués. Il est plombé, devient jaunâtre, rappelant celui des cancéreux. L'amaigrissement est parfois intense.

La formule leucocytaire montrerait une augmentation des leucocytes, avec prédominance des polynucléaires.

La malade, infectée, et, de plus, affaiblie par ses pertes vaginales, avance rapidement vers la cachexie.

Pendant ce temps, apparaissent les lignes d'élimination par le canal utéro-vaginal.

Les pertes peuvent être rouges et saigner la femme par leur abondance (Obs. I). Plus habituellement, si elles existent, elles ne tardent pas à céder le pas aux pertes blanches, qui font rarement défaut. Celles-ci augmentent de fréquence et quantité, deviennent de plus en plus fétides et se transforment rapidement en un liquide ichoreux, sanieux, d'odeur absolument infecte, mélangé souvent à des caillots ou à des fibres organisées. Son élimination peut être continuelle ou, au contraire, sous la forme de véritables débâcles. Depaul rapporte un cas dans lequel, « ayant pratiqué le toucher d'une femme atteinte de fibrome gangréné, il dut porter ses aliments à sa bouche avec la main gauche, sa main droite étant pénétrée d'une odeur repoussante ».

Ces pertes sont très irritantes et déterminent fréquemment un érythème des parties souillées.

Quant aux signes physiques, ils diffèrent suivant que la tumeur sphacélée est dans la cavité utérine ou qu'elle est constituée par le fibrome en voie d'expulsion ou déjà expulsé dans le vagin.

Dans le premier cas, le toucher combiné ou l'examen au spéculum montrent un col entr'ouvert, surtout dans le sphacèle compliquant le *post partum*. Le corps est douloureux, plus volumineux que normalement. En pressant sur l'abdomen, on provoque souvent un écoulement de pus par le vagin.

Le toucher intra-utérin, après dilatation si le col n'est pas suffisamment dilaté, permet de sentir directement une tumeur

qui bombe plus ou moins dans la cavité si c'est un fibrome sessile, d'en examiner et délimiter le ou les pédicules dans le cas d'un polype. Cette tumeur est molle, friable; le doigt peut en ramener des débris, dont l'odeur fade et repoussante est caractéristique du sphacèle, ou qui pourront être examinés au microscope.

L'hystérométrie fait voir que la cavité est agrandie.

Dans le cas d'un polype utéro-vaginal, le doigt rencontre une masse arrondie et pâleuse qui obstrue le col, et même remplit plus ou moins le vagin; dans ce dernier cas, on peut généralement circonscrire cette masse et arriver ainsi jusqu'au col utérin, qui forme une sorte de collerette continue autour de son pédicule. On peut quelquefois pousser un hystéromètre ou un stylet entre la tumeur et le col.

L'examen au spéculum ou à la vue montre une tumeur plus ou moins volumineuse, irrégulière et bosselée, de coloration gris noirâtre ou verdâtre par places.

L'examen anatomo-pathologique après biopsie confirmera l'existence du sphacèle; mais il est surtout précieux dans les cas douteux.

Nous n'avons pas trouvé d'observations de malades porteuses de fibromes sphacelés pour lesquelles on ait fait une radiographie après injection intra-utérine de lipiodol; en admettant que l'état de la malade en donne le temps et la possibilité, nous ne pensons pas que l'image que l'on en obtiendrait fût suffisamment probante; il faudrait, du reste, prendre la précaution de ne pousser l'huile opaque que sous faible pression pour éviter le risque de refouler, par des trompes perméables, des débris septiques, qui seraient la cause d'une infection péritonéale.

La malade, abandonnée à elle-même, pourra, dans de rares cas, accoucher spontanément de sa tumeur gangrénée, comme le relatent les observations VI et XV. Mais cette évolution favorable est exceptionnelle; l'évolution fatale plus ou moins rapide, est la règle; c'est la mort par hémorragie qui aurait emporté la malade de l'observation I; plus habituellement,

c'est la mort par infection. La femme intoxiquée, plus ou moins saignée, s'affaiblit et s'amaigrit de plus en plus, s'achemine lentement vers la cachexie et la mort par déchéance organique si une complication ne vient pas hâter cette fin. C'est une septicémie foudroyante, une pyohémie avec production d'abcès miliiaires dans les autres organes, comme on en a trouvé à l'autopsie de la malade de l'observation XXII; c'est encore une péritonite par infection lymphatique, salpingite purulente (Obs, XXII), ou perforation utérine; c'est encore l'ouverture du foyer septique dans un organe voisin (rectum, vessie); ou enfin c'est le sphacèle de l'utérus, dont l'observation VII montre un exemple.

Le *pronostic* est donc, en général, bien sombre; la gravité est cependant variable avec la dimension et la situation du fibrome et la forme du sphacèle.

Les petits polypes ont habituellement une évolution favorable, par leur expulsion spontanée après avoir déterminé des accidents de résorption putride plus ou moins marqués ou par leur excision facile, terminée, le plus souvent, par la guérison.

Les gros fibromes sont beaucoup plus graves, à cause des accidents infectieux qu'ils occasionnent par la rétention putride due à leur volume, et de la plus grande difficulté de l'intervention.

Les gros fibromes occupant toute la cavité, et en particulier ceux qui bombent partiellement dans le vagin, sont ceux qui assombrissent le plus le pronostic; abordés par la voie vaginale, leur extirpation est très défectueuse et incomplète; par la voie abdominale, ils font courir les plus grands risques d'infection.

Enfin, le sphacèle total, en masse, qui transforme la tumeur en une bouillie fétide, entraîne des accidents suraigus et peut même occasionner la mort en quelques heures.

La coexistence d'un épithélioma aggrave le pronostic; la malade de l'observation XXVI n'est pas à l'abri d'une récurrence cancéreuse.

Nous n'avons pu établir de statistique personnelle, mais

si nous nous en rapportons aux chiffres donnés par Piquand, nous trouvons pour les fibromes sous-muqueux une mortalité de 56 p. 100. L'intervention chirurgicale abaisse cette proportion. L'inefficacité opératoire paraît surtout due à l'état général de la malade, trop délabré. Il importe donc de poser un diagnostic précis et précoce, et d'intervenir rapidement.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Due à l'obligeance du Professeur GUYOT.

Fibromes multiples de l'utérus. — Gros fibrome sous-muqueux intra-utérin. — Grossesse, avortement. — Hémorragies graves du post-partum. Extirpation du polype sphacélé par les voies naturelles. — Guérison.

Mme X..., 31 ans, de santé habituellement bonne, présente depuis deux mois des hémorragies persistantes consécutives à l'expulsion d'un fœtus de 6 mois environ. Pas d'antécédents héréditaires, rien à signaler dans les antécédents personnels. Réglée à 15 ans; règles régulières, mais douloureuses. Mariée à 29 ans. Une seule grossesse terminée par l'expulsion d'un enfant mort. Pas de suites inflammatoires, mais apparition d'hémorragies abondantes qui persistent malgré les traitements actuels appliqués.

Appelé en consultation auprès de cette malade, le Professeur Guyot constate l'existence d'une anémie marquée (décoloration de la face et des muqueuses). Au palper abdominal, on sent un gros utérus, un peu bosselé, irrégulier, non douloureux et dur. Au toucher vaginal, à travers le col largement entr'ouvert, on sent, à bout de doigt, une masse dure, régulière, qui donne l'impression d'un gros polype intracavitaire.

Devant l'importance des hémorragies, on décide l'intervention chirurgicale et la malade est transportée à la maison de santé où elle est opérée d'urgence. Opérateur : Professeur Guyot; aide : Docteur Mailhe; à l'opération assiste le Professeur agrégé Péry.

La malade est endormie à l'éther-ombrédanne par le Docteur Bahans.

Après désinfection du vagin à l'essence de goménol, la malade étant mise en position gynécologique, deux valves dans le vagin, on saisit la lèvre postérieure du col avec une pince de Museux; il est abaissé; un coup de ciseau est donné sur toute la hauteur du col, à droite et à gauche au niveau des commissures. Pince de Museux sur la lèvre antérieure du col. On aperçoit alors un gros polype dont la surface est rouge mais régulière, qui est saisi avec une grosse pince de Museux; par tractions progressives, la tumeur sort peu à peu de la cavité utérine; étant donné son volume, on allait en pratiquer l'évidement ou le morcellement lorsqu'on s'aperçoit qu'elle vient davantage au fur et à mesure qu'on met des pinces de Museux sur la partie qui s'extériorise, et qu'on peut alors sectionner le pédicule avec un gros ciseau courbe; le pédicule est large et implanté sur le fond de la cavité utérine. La tumeur est alors enlevée et après désinfection, l'utérus et le vagin sont tamponnés avec une mèche aseptique après suture des deux commissures sectionnées.

Suites opératoires normales; on fait 500 grammes de sérum avec spartéine. La mèche est enlevée le quatrième jour; suites apyretiques. La malade quitte la maison de santé le vingtième jour.

Le 5 décembre 1930 : la malade est opérée depuis deux ans; elle n'a plus eu d'hémorragies; ses règles sont revenues régulières, un peu abondantes. Santé générale parfaite, mais elle présente encore un utérus fibromateux, bosselé, inégal pour lequel elle a fait une saison à Salies-de-Béarn.

L'examen histologique du polype a été pratiqué par les Docteurs Bonnard et Piéchaud. « Il s'agit d'un fibromyome sphacélé. Le complexe histologique est constitué par une nappe de collagène dense, pinceauté de fibres musculaires lisses et sillonné de rares vaisseaux sanguins. Les éléments léioblastiques présentent une morphologie très dégradée; parfois, ils possèdent encore un noyau pinolique; généralement, il ne sont plus que des silhouettes fusiformes monochrones.

» Absence de tout signe de transformation maligne. »

Il paraît bien que chez cette malade, le fibrome cavitaires a été la cause de l'interruption de la grossesse et de la mort du fœtus. Malgré l'existence de fibromes multiples, on n'a pu recourir chez elle à l'hystérectomie subtotalé en raison de son âge et de son grand désir d'avoir des enfants.

OBSERVATION II (Résumée).

(DEMELIN et BRINDEAU, *Ann. de gyn.*, 1914.)

Fibrome sous-muqueux sphacélé pendant les suites de couches.

Myomectomie, puis hystérectomie vaginale. — Guérison.

Il s'agit d'une femme chez laquelle, par suite de la présence d'un gros fibrome faisant saillie dans la cavité utérine, il fallut pratiquer l'éviscération du fœtus et la craniotomie sur la tête dernière.

Dans les suites de couches, l'écoulement lochial montrait que le fibrome subissait une infection sphacélique. M. Brindeau intervint; la femme paraissait en voie d'expulser son fibrome. Il chercha à pratiquer la myomectomie. A cet effet, on fit une incision semblable à une césarienne vaginale; on décolla le fibrome, malgré les tractions avec le tire-bouchon, on ne parvint pas à l'extraire. Ayant remarqué que son extrémité supérieure était plus petite, il le retourna alors et, ayant engagé d'abord cette extrémité conique, il put, petit à petit, faire passer le fibrome. Après l'extraction, il constata une déchirure de l'utérus, due à ce que le fibrome arrivait à cet endroit jusque sous le péritoine. Il fit alors une hystérectomie vaginale avec succès. Guérison.

OBSERVATION III.

(BÉGOIN, 29 nov. 1924, in thèse DOUGET, Bordeaux, 1927.)

Fibrome sous-muqueux sessile sphacélé dans les suites de couches.

Evidement et morcellement. — Guérison.

Il s'agit d'une dame de 30 ans qui a eu un bébé vers le 10 novembre. Accouchement normal et très rapide. Pendant la grossesse, on n'avait rien remarqué de pathologique.

Or, dix jours après l'accouchement, elle présenta des coliques et bientôt des pertes sanguinolentes de mauvaise odeur, alors que l'état général était bon. Température : 37°3-37°5. On trouvait une masse dans le vagin et l'on se demandait s'il n'y avait pas un déciduome. Le Professeur Bégouin, appelé, constate un bon état général. Pas de fièvre. Le corps utérin remonte presque à l'ombilic, donnant la sensation de fibrome. Le toucher, combiné au palper, montre un gros fibrome faisant saillie dans le vagin et sphacélé en son centre, non pas pédiculé, mais faisant saillie par la moitié de sa sphère, et un autre gros noyau fibreux abdominal, chacun du volume d'une grosse orange.

Hystérectomie abdominale impossible, car risques d'infecter le péritoine; la vaginale est difficile, aveugle et dangereuse.

Le Professeur Bégouin fait l'ablation, par voie vaginale, du seul nodule gangrené par évidemment et morcellement.

A la fin de l'opération, des vaisseaux saignent au niveau de l'insertion du noyau abrasé; un tamponnement est mis en place et y est laissé trois jours.

10 décembre 1924 : Suites parfaites, aucun accident.

Octobre 1926 : Vient d'avoir un enfant; grossesse et accouchement normaux. Involution normale d'un utérus qu'on trouve normal.

OBSERVATION IV (Inédite).

(Recueillie dans le service du Professeur CHAVANNAZ.)

Polype fibreux intra-utérin sphacélé. — Hystérectomie subtotale. Guérison.

Mme X..., 37 ans, entre dans le service de M. le Professeur Chavannaz le 10 novembre 1928. Depuis une fausse couche datant de septembre 1927, la malade se plaint d'abondantes ménorragies; les règles duraient alors environ quinze jours. Pas de pertes dans l'intervalles. A l'heure actuelle, les ménorragies sont de plus longue durée; elles ne sont plus espacées que de huit jours. Abondantes

perles blanches. Enfin, depuis septembre 1928, douleurs dans le bas-ventre, exagérées par la fatigue, les rapports et les règles.

Réglée à 12 ans; règles régulières jusqu'à la maladie actuelle; trois grossesses : deux normales, une fausse couche. Les dernières règles datent du 31 octobre.

Examen. — Bon état général, pas d'anémie. Ventre souple, douloureux au-dessus de la symphyse.

Au toucher : col normal; le corps est gros, antéfléchi, globuleux dans son ensemble, surtout à gauche. Les annexes sont sensibles; l'épreuve des trois points est négative pour l'appendice.

Opération (le 19 novembre 1928). — Laparotomie transversale sus-pubienne de Pfannenstiël. Utérus gros, du volume de deux poings. Castration utéro-ovarienne bilatérale avec hystérectomie subtotale. Fermeture sans drainage.

Examen de la pièce opératoire. — Gros utérus fibromateux. Dans la cavité, il existe un polype fibreux, de couleur violacée, qui a rompu la muqueuse et s'est sphacélé dans les trois quarts de sa surface, obturant presque complètement la cavité. Annexes sains. Petits kystes sur les ovaires congestionnés.

Suites opératoires normales.

La malade, souvent revue, est dans un état des plus satisfaisants.

OBSERVATION V (Résumée).

(H. PAUCOT, *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1927, p. 518.)

Fibrome sous-muqueux sphacélé dans le post partum.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Femme de 40 ans, basedowienne. Deux avortements en 1917 et 1919. Redevient enceinte en novembre 1926. Douleurs dans le bas-ventre dès le début. Au deuxième mois, l'utérus remonte à mi-chemin de l'ombilic. Devant son volume et sa forme, on pense à l'existence d'un fibrome. Le 15 juillet 1927, expulsion d'un fœtus de 4.500 grammes, qui meurt. Délivrance normale, suites de couches apyrétiques.

A partir de la mi-août, pertes presque continuelles de sang liquide et de caillots, qui deviennent moins abondantes en septembre, mais sont séparées par un écoulement de liquide séro-sanguinolent, qui devient de plus en plus fétide. L'état général devient mauvais; l'utérus, de consistance demi-molle, garde le volume d'un utérus gravide de 3 mois et demi.

Laparotomie le 9 octobre 1927. Hystérectomie sans incidents. La section porte sur la portion inférieure du corps en dessous du fibrome.

Examen de la pièce. — Fibrome sous-muqueux, du volume d'un poing, situé dans la paroi antérieure de l'utérus. A la section, teinte grisâtre nécrotique et zones de ramollissement. La muqueuse utérine est détruite au niveau du fibrome, et la cavité utérine est remplie d'un liquide sanieux, grisâtre et malodorant.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION VI (Résumée).

(GAUCHERAND et BAUSSILLON, *Bull. obst. et gyn.* Paris, 1924, p. 465.)

Fibrome ayant causé la mort du fœtus, sphacélé et expulsé spontanément pendant les suites de couches. — Guérison.

Les auteurs rapportent le cas d'une secondigeste qui accouche, le 23 janvier 1924, d'un fœtus de 1.700 grammes dans un état de macération très prononcé. Pas d'altération du placenta. Pas de fausse couche antérieure. Pas d'hémorragie utérine anormale. Rien de pathologique dans les antécédents, rien pouvant faire penser à la syphilis. On ne lui aurait jamais parlé de l'existence possible d'un fibrome.

Un examen avant terme révèle une présentation transversale, la mort du fœtus dix à quinze jours avant l'accouchement. On ne trouve à aucun moment de masse fibromateuse.

Dès le lendemain de l'accouchement, température, qui, le soir, monte à 39°5 et qui persiste les jours suivants. Le fond utérin,

huit jours après, est encore à 22 centimètres. Col largement perméable. Lochies purulentes et fétides. Deux jours après, on perçoit dans la partie antérieure gauche de l'utérus une masse sessile, dure et arrondie, de 5 à 6 centimètres de diamètre, faisant corps avec l'utérus. L'état général reste relativement bon, contrairement à l'état local, qui paraît sérieux.

Pendant les jours suivants, on se contente de faire des injections intra-utérines, devant l'état général, qui reste stationnaire cependant que les lochies augmentaient d'abondance et de fétidité. On se tient dans une expectative armée (hystérectomie), subordonnée à l'état général.

Le 18 février, soit vingt-six jours après l'accouchement, la malade expulse une masse charnue, grisâtre, d'une odeur infecte, du volume du poing environ et pesant 200 grammes. L'état général et local s'améliorent rapidement; la température descend en lysis, les lochies sont progressivement moins abondantes et moins fétides. L'utérus, malgré une petite masse fibromateuse du volume d'une noix, qu'on perçoit sur sa portion antéro-latérale gauche, évolue progressivement, et, le 22 mars, la malade quitte le service complètement guérie.

OBSERVATION VII.

(A. GROSSE (de Nantes), *Bull. Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1922.)

Fibrome pédiculé intra-cavitaire de l'utérus gravide. — Accouchement à terme. — Gangrène du fibrome et du fond de l'utérus pendant les suites de couches. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Mme M..., âgée de 26 ans, nous fit appeler d'urgence le 5 mai 1920. Le 10 avril, cette femme fut prise de violentes douleurs abdominales prédominant à droite. Col utérin entr'ouvert. Pas d'écoulement sanguin. Une sage-femme lui fit prendre de l'ergotine. Le médecin parvint à calmer ses contractions au moyen de mor-

phine, et l'accouchement se fit dix jours plus tard, le 17 avril. A ce moment, la femme prit de nouveau, croit-on, de l'ergotine. L'expulsion s'arrête et l'enfant ne put être extrait entièrement par la sage-femme : il était retenu dans l'utérus par la cuisse gauche. Le médecin le dégagea aisément, il portait une encoche allongée très nette. Délivrance normale.

A partir du lendemain, douleurs abdominales.

Deux jours après, la fièvre s'allume : 37°5 le matin, 38°2 le soir. L'état général devient bientôt mauvais, facies terreux. Pouls à 120-130, subictère, urines albumineuses. On fit des injections intra-utérines. Dix jours après l'accouchement, une tumeur grisâtre apparut à l'orifice du col. Elle fait saillie chaque jour davantage.

Diagnostic : inversion utérine.

On se rendit compte ensuite que l'on sentait l'utérus dans l'abdomen. Il remontait à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. On fait, pour la masse en saillie, le diagnostic de polype sphacélé. Son volume est celui d'un œuf de dinde, et son pédicule semble s'insérer au niveau du fond.

Etat général très mauvais; la température atteint à peine 38 degrés; le pouls bat à 120. Facies subictérique.

Opération. — A peine saisi, le polype se rompt au niveau de son pédicule. Une sonde est placée dans l'utérus. Malgré la douleur de cette manœuvre et sans qu'on ait perçu de ressaut, cet instrument pénètre dans l'abdomen. On exécute alors une hystérectomie vaginale, les pédicules sont liés à la soie.

Suites. — D'abord mauvaises. Fièvre, pouls rapide et petit. Muguet, escarre sacrée. Puis les choses allèrent mieux; un mois après, guérison totale.

Pièces opératoires. — Le pédicule de la tumeur est resté adhérent à l'utérus. Il était sphacélé, ainsi que la partie attenante de la matrice. La paroi utérine est ramollie, oedémateuse. Le polype lui-même, long de 12 centimètres, est de teinte vieux bronze.

OBSERVATION VIII.

(Congrès de l'Association des gynécologues et accoucheurs américains, *Newark*, n° 5, sept. 1917.)

Un cas de gangrène d'un fibrome sous-muqueux après un accouchement prématuré. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Il s'agit d'une négresse de 34 ans, ayant toujours souffert pendant ses règles. Quatre enfants. Jamais de pertes vaginales. Le 30 janvier 1916, température à 37°8; pouls à 88; le jour même, elle accouche d'un enfant prématuré mais vivant. La fièvre ne tombe pas. Des douleurs abdominales apparaissent le lendemain. Le fond utérin est au niveau de l'ombilic et tendu. Par le vagin et à travers le col ouvert, on sent une tumeur intra-cavitaire, rattachée par une large base à la portion inférieure de la paroi utérine; écoulement vaginal abondant. On fait le diagnostic de fibrome sous-muqueux. Comme la température augmente graduellement, ainsi que le pouls, on pense à la gangrène du fibrome. Après hystérectomie abdominale totale, l'examen de la pièce montre un fibrome sphacélé. Tout l'endomètre l'est aussi, et la paroi utérine est molle. Aucune lésion du péritoine.

Les suites opératoires sont normales jusqu'au dix-huitième jour, où la malade fait une pneumonie aiguë lobaire gauche, qui s'amende peu à peu.

La guérison est complète le 16 mars 1916.

OBSERVATION IX (Résumée).

(G. COTTE, *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1924.)

Polype fibreux intra-utérin et grossesse. — Avortement au troisième mois, gangrène du polype. — Myomectomie vaginale. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 28 ans. Depuis un an de mariage, règles irrégulières, souvent pertes de sang dans l'intervalle. Le 15 décembre, règles très abondantes. Paraît tomber enceinte en janvier. Au

mois de mars, elle consulte le Docteur Belloir, parce que, depuis huit jours, elle a des pertes abondantes avec caillots, sans coliques. Il y a grossesse, mais disproportion entre l'âge présumé (3 mois) et le volume de l'utérus, qui atteint l'ombilic et dont la corne droite est plus haute que la gauche.

Malgré le traitement médical, avortement le 10 mars; expulsion d'un fœtus de 3 mois environ. Placenta complet, mais une masse intra-utérine qu'effleure le col donne l'impression d'un deuxième œuf. La malade est mise en observation. Le 13 mars, coliques expulsives; l'utérus a son volume normal, mais il existe dans le vagin une grosse masse dure du volume d'une orange, qui augmente peu à peu et rend le col inaccessible. Bon état général. Le 21 mars température à 39 degrés; accélération du pouls à 120; pertes fétides. La masse est sphacélée, et ne peut être retirée par le Docteur Belloir; la malade est envoyée au Docteur Cotte, qui pratique par myomectomie vaginale l'ablation d'un gros polype sphacélé.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION X.

(BALLARD et René VILLAR, in thèse DOUCET, Bordeaux, 1927.)

Fibrome intra-cavitaire sphacélé pendant les suites de couches. — Section des pédicules. — Ecouvillonnage de la cavité. — Injections intra-utérines. — Aggravation subite 6 jours après. — Mort.

M^{me} B..., secondipare de 42 ans, avait eu, seize ans auparavant, une première grossesse normale. Cette femme était obèse et emphysemateuse. En mars 1924, au cours du huitième mois de sa grossesse, elle fit une poussée de congestion pulmonaire, avec troubles légers d'insuffisance cardiaque.

L'examen au début du travail montre un gros utérus. Fœtus en présentation longitudinale, tête en bas, un peu déviée à droite. A gauche, grosse masse fibromateuse du segment inférieur, du volume

d'une tête fœtale, mais qui ne gêne en rien la voie vaginale. Quelques noyaux fibromateux au fond de l'utérus.

Le 23-avril, accouchement tout à fait normal. En quatre heures, expulsion spontanée d'un fœtus de 3 kg. 500. Délivrance normale sans hémorragie.

Suites de couches normales. Une ou deux fois, la température monte à 37°4. Le cinquième jour, afin de hâter la régression des fibromes, ainsi que nous avons coutume de le pratiquer systématiquement chez nos accouchées porteuses de fibromes, nous prescrivons de l'extrait de glande mammaire pendant une dizaine de jours, et, le huitième jour, de la poudre d'ergot de seigle à la dose de 1 g. 30 par jour pendant quinze jours. Cette prescription n'est jamais faite s'il y a eu des signes d'infection, et c'est pour cela que nous attendons toujours le huitième jour. Le onzième jour, la malade, qui avait pris de l'ergot depuis trois jours, accuse des pertes sanguines qui, sans prendre le moins du monde le caractère d'hémorragies, sont cependant assez importantes. On suspend l'ergot. L'utérus régresse lentement.

Le dix-huitième jour, au moment où la malade allait se lever, pertes fétides, température à 38°5. Le dix-neuvième jour, température à 39°5. Pertes chocolat, horriblement fétides. Le toucher permet de constater une masse du volume du poing, mollassée, distendant le col. Le soir même, examen sous chloroforme. On trouve une tumeur intracavitaire, grisâtre, ramollie, en voie de sphacèle, insérée à la fois sur le bord droit de l'utérus, par un mince pédicule et sur le fond, par un large pédicule ramifié, dont la surface est celle de la paume de la main.

La section du pédicule latéral se fait aisément. Celle du pédicule inséré au fond de l'utérus est manifestement incomplète, mais faite en tissu d'apparence saine. Ecouvillonnage à l'essence de térébenthine. Injection intra-utérine d'eau iodée, glace sur le ventre.

La nécessité d'une intervention radicale est discutée. L'hystérectomie vaginale ou abdominale est repoussée, en raison des difficultés chez cette femme obèse et des dangers résultant chez elle de l'état précaire de ses bronches et de son cœur.

Pendant deux jours, injection intra-utérine quotidienne. Le col

se refermant, on met alors pendant deux jours un drain de Mouchotte.

La température reste autour de 39 degrés. Etat général bon.

Abcès de fixation.

Brusquement, le sixième jour, les pertes se suspendent; l'état général devient inquiétant; facies péritonéal; ballonnement du ventre.

Mort le septième jour.

On ne peut pratiquer d'autopsie.

OBSERVATION XI.

(BOURSIER, CHAMBRELANT, ANDÉRODIAS, *Rev. gyn. et obst.*
de Bordeaux, 1903.)

Fibrome sphacélé pendant les suites de couches. — Expulsion de la masse dans le vagin. — Morcellement de la tumeur et section du pédicule. — Guérison.

(Résumée).

Mme D..., 40 ans. Grossesse évoluant dans un utérus fibromateux, mais respectée, la tumeur ne paraissant pas devoir s'opposer à l'accouchement. Début du travail le 17 février. Accouchement long, et laborieux; on dut terminer péniblement l'extraction par le forceps, les épaules étant retenues par la tumeur. Enfant mort. Extraction manuelle du placenta, déchiqueté au niveau de son insertion sur le fibrome. Pas d'hémorragie. La température s'élève progressivement à 40°4; les lochies deviennent fétides, mais, traitée par des injections intra-utérines, quinze jours après l'accouchement la malade était dans un bon état général, avec cependant un utérus non régressé. Quelques jours après, pertes sanguinolentes et aggravation de l'état général, qui était assez mauvais quarante jours après l'accouchement, lorsque M. Boursier fut appelé en consultation auprès d'elle. Perte de forces; amaigrissement; légère température le soir; l'utérus, atteignant l'ombilic, formait une masse dure, sensible à la pression, mobile transversalement. Col moyen, un peu fermé,

mobile, laissant s'écouler un peu de liquide sanguinolent et fétide. On tonifie alors la malade en vue d'une intervention, qui devait être une hystérectomie abdominale. Mais quelques jours après, le 6 avril, la femme fut prise de douleurs expulsives; les pertes avaient augmenté et étaient plus fétides; le col était effacé et dilaté à 1 franc. Par son ouverture s'engageait une masse mollassse, constituée par le fibrome ramolli et altéré. Au bout de deux ou trois jours, c'était une masse polypeuse, du volume du poing, remplissant assez exactement le vagin pour rendre difficile l'exploration du col, qui enserrait fortement le pédicule de la tumeur.

Le 10 avril, morcellement de la masse et section du pédicule.

Suintement fétide pendant les deux ou trois jours suivants, puis régression utérine rapide. Le 19 avril, la malade rentre chez elle, n'ayant plus ni pertes ni douleurs. La suite confirma que la guérison était bien complète.

OBSERVATION XII.

(TREUBE, *Archives de tocologie*, 1894, in thèse BABLET, Bordeaux, 1910.)

Fibrome sphacélé à la suite d'un avortement. — Curettage. — Laparotomie. — Adhérences colo-intestinales utérines. — Marsupialisation utérine. — Deux fistules utéro-intestinales. — Guérison.

Femme de 27 ans. Tumeur abdominale remontant jusqu'à l'ombilic depuis plusieurs années sans provoquer aucun trouble. Menstruation régulière, peu abondante. Mariée depuis un an, enceinte de trois mois. Depuis le début de décembre, présentait de la fièvre, de la sensibilité du ventre au niveau de la tumeur, des nausées, des vomissements, de l'augmentation du volume du ventre.

Elle avorta, et, depuis, fièvre persistante, mauvais état général, diarrhée profuse. Dans les derniers jours, la température oscillait entre 38°5 et 39 degrés.

Examen (le 16 janvier). — Pouls petit, à 120°; tumeur molle médiane remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. On sent des masses intestinales adhérentes en haut et sur les côtés.

Dans le vagin, sécrétion brunâtre, très fétide. Palpation utérine impossible à cause de l'hyperesthésie.

Par l'examen sous chloroforme, on constate la présence d'un fibrome intimement lié à l'utérus. Le curettage de l'utérus ramène des débris sphacelés couverts d'un dépôt purulent. On décide une laparotomie pour le lendemain. On trouve des adhérences très fortes de la tumeur avec les anses intestinales et le côlon; en essayant de les libérer, on déchire la partie supérieure de la paroi utérine. On incise alors l'utérus dans le but d'énucléer le fibrome et on le trouve libre dans la cavité. On l'extirpe; on suture les bords de la plaie utérine aux bords de la plaie abdominale. On ferme le reste de celle-ci et on tamponne la cavité utérine avec de la gaze iodoformée. Pendant quelques jours, la malade alla sensiblement mieux. Puis, le quatrième et le sixième jour, se formèrent successivement deux fistules utéro-intestinales au niveau de la déchirure signalée plus haut. A cette occasion, la fièvre monta beaucoup; le pouls devint très fréquent : 160. Mais, au bout de deux jours, les symptômes s'amendèrent. Dans la suite, la couche nécrotique enduisant la surface interne de la cavité utérine s'élimina peu à peu; les fistules se fermèrent spontanément; la fièvre disparut et l'état de la malade devint très satisfaisant.

Au bout de quelques jours, la plaie utérine était fermée et la guérison complète. Depuis, la malade a vu ses périodes revenir régulièrement et sans douleur.

OBSERVATION XIII (Inédite).

(Recueillie dans le service du Professeur GUYOT.)

*Fibrome sous-muqueux présentant un début de nécrobiose
Hystérectomie subtotale. — Guérison.*

Mme D... (Marie), 49 ans, cultivatrice. Entre le 9 octobre 1930 dans le service du Professeur Guyot sur les conseils de son médecin pour fibrome probable de l'utérus. Depuis sept à huit jours, elle a ses règles augmentées, non en durée, mais en abondance, et elle se plaint de souffrir de pesanteur dans le bas-ventre et dans les reins avec exacerbation à la fatigue. Peu de pertes blanches.

Depuis un an, elle est irrégulièrement réglée tous les deux ou trois mois. Pertes abondantes de sang rouge avec quelques caillots, durant cinq ou six jours. La pesanteur dans le bas-ventre et l'irradiation dans les reins persistant, la malade entre à l'hôpital en observation. Abondantes pertes blanches.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, pleurésie à 19 ans. deux grossesses normales, deux enfants bien portants. Pas de fausse couche. Tension artérielle : Mx, 16; Mn, 9.

Examen (le 16 octobre 1930). — L'examen de la vulve révèle l'existence d'un cystocèle. Le col regarde en arrière. Le corps est en avant; on le sent dans le cul-de-sac antérieur, augmenté de volume et dur; il est irrégulier, présentant plusieurs bosselures, dont une grosse antéro-latérale droite. Il n'est pas douloureux. Le cul-de-sac est libre. Rien aux annexes. Pas de température. Urée, 0,26 p. 1000. B.-W. négatif. Analyse d'urines, normale.

On décide une intervention chirurgicale.

Opération (le 23 octobre). — Hystérectomie subtotale avec ligature des pédicules. Pas de cautérisation du col, dont le moignon est iodé. Deux points de suture. Péritonisation en double bourse par le procédé habituel. Attouchement à l'éther. Drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans. Suites normales. Ablation du drain le cinquième jour.

Pièce opératoire. — Sur la paroi postérieure de l'utérus, on trouve un noyau fibromateux du volume d'une petite mandarine, situé près de la muqueuse, qui paraît saine. La cavité utérine n'est pas agrandie et l'aspect du noyau à la coupe montre qu'il n'est pas blanc nacré, mais d'aspect un peu violacé, présentant un début de nécrobiose.

OBSERVATION XIV.

(Professeur LOUBAT, *In* thèse CARRIAT, Bordeaux, 1923.)

Gangrène septique d'un fibrome utérin intra-cavitaire après la ménopause. — *Hystérectomie totale.* — *Guérison.*

Mme D..., 59 ans. Mère de deux enfants. A été réglée jusqu'à l'âge de 55 ans. Pendant sa vie génitale, rien n'a permis de penser à l'exis-

tence d'un fibrome. Menstruation régulière, sans douleurs; pas de pertes anormales. Bonne santé habituelle.

Au mois de juillet 1922, Mme D... présente des pertes vaginales abondantes, de consistance liquide, ne tachant pas le linge, véritablement hydrorrhéiques. Au bout de trois semaines, ces pertes renferment quelques débris grisâtres. Un médecin consulté fait une cautérisation du col. Bientôt apparaissent des phénomènes douloureux dans le bas-ventre, qui obligent à garder le lit, et, dans le courant du mois de septembre, l'état général s'altère. La malade a de la fièvre; elle souffre violemment dans le bas-ventre. Les pertes sont de plus en plus épaisses, presque purulentes et parfois striées de sang. Nous voyons la malade à ce moment, et nous constatons, avec une température de 39 degrés et un teint jaune, la présence d'un très gros utérus douloureux, immobile, avec le col fermé. Tout le bassin est le siège d'un empâtement diffus.

Nous portons le diagnostic de fibrome utérin avec gangrène et périmérite, et nous conseillons l'intervention chirurgicale.

Opération (le 13 octobre 1923). — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane, inflammation péritonéo-pelvienne accentuée avec adhérences nombreuses de l'utérus à la vessie, à l'intestin, à l'épiploon. Présence de pus par endroits. L'utérus est du volume d'une tête fœtale. Hystérectomie totale rendue laborieuse par les adhérences, l'inflammation pelvienne et la fixité de l'utérus. Drainage vaginal et abdominal.

Les suites opératoires ont été assez bonnes, malgré une suppuration de la paroi. La malade peut quitter la maison de santé au bout d'un mois.

Les suites éloignées ont été troublées par la formation d'abcès au niveau de la partie supérieure de la cicatrice abdominale, et qui ont laissé une fistule, qui est encore en cours de traitement (mai 1923).

Examen de la pièce opératoire. — A l'ouverture de l'utérus, on constate que la cavité est très agrandie et qu'elle renferme une tumeur sessile implantée sur le fond, du volume d'un poing d'adulte, et présentant tous les signes d'un fibrome intracavitaire en état de gangrène. La partie centrale de la masse est grisâtre, verdâtre par

places, tandis qu'à la périphérie les tissus sont tomenteux, purulents et en voie de désintégration par fragments assez volumineux. La cavité utérine est remplie de pus et de débris sphacéliques.

OBSERVATION XV (Inédite).

Recueillie dans le service de M. le Professeur BÉGOUIN.

Fibrome sous-muqueux sessile sphacélé.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

M^{me} M... Jeanne, entre dans le service du Professeur Bégouin le 19 août 1930, pour métrorragies et douleurs vagues au niveau du bas-ventre. Son affection a débuté il y a deux mois et demi par des ménorragies.

Examen : Masse abdominale remontant à 4 travers de doigt au-dessus du pubis, lisse, de consistance rénitente, mobile transversalement, mais non verticalement, faisant corps avec l'utérus. Col de consistance douteuse, ni dur, ni ramolli.

Quelques petites poussées de température s'élevant le soir à 37°6 au plus. Les examens successifs ont montré d'abord que la masse abdominale paraissait augmenter de volume; aussi est-ce après trois semaines d'attente qu'on opère pour être sûr qu'il ne s'agit pas d'utérus grévide.

Opération le 16 septembre 1930 : Hystérectomie subtotale pratiquée par le Docteur Magendie. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès l'ouverture du ventre, l'utérus apparaît d'aspect fibromateux, recouvert sur sa corne droite par une masse épiploïque, adhérente à la paroi. La section des adhérences entre deux pinces permet l'hystérectomie par le procédé ordinaire. Au moment de la section du col, issue de pus absorbé par les compresses de protection; on termine par un drainage vaginal et Mikulicz avec trois mèches.

Suites opératoires. — Normales. Le sac est enlevé le 11^e jour. Guérison sans éventration.

L'examen de la pièce opératoire montre un fibrome polypeux sessile de la grosseur du poing, presque entièrement sphacélé. L'utérus est plein d'un pus noirâtre, épais, extrêmement fétide. Il semble

bien que l'augmentation de volume de l'utérus qui avait été observée avant l'opération et qui avait fait penser à la possibilité d'une grossesse était due à une poussée inflammatoire au niveau des adhérences épiploïques trouvées.

OBSERVATION XVI.

(NANTA et CLERMONT, *Toulouse médical*, 1909.)

Polype utérin et pyomètre. — Expulsion spontanée. — Guérison.

L... (Louise), 54 ans, buraliste. Entre à l'hôpital le 12 novembre 1909. Rien à signaler comme antécédents héréditaires. Réglée à 18 ans, normalement. Grossesse, à 21 ans, menée à terme. Fils bien portant. Bien réglée jusqu'à 49 ans. Jusqu'à cet âge, pas de pertes anormales. A 49 ans, ménopause.

Brusquement, le 9 septembre 1909, grosse hémorragie utérine sans caillots, sans douleurs ni coliques. Hémorragie très abondante, arrêtée au troisième jour par tamponnement vaginal.

Pendant trois semaines, anémie intense, puis pertes blanches, fétides. Amaigrissement, faiblesse. Ni fièvre, ni douleurs.

Reentre à l'hôpital le 12 novembre. A ce moment, femme pâle, amaigrie, dégageant une odeur infecte. Abondantes pertes purulentes.

Examen. — Ventre gros, flasque; sous l'ombilic, tumeur arrondie, dure, lisse, mobile, indolente, grosse comme une tête d'enfant, plongeant dans le petit bassin. Au toucher : col mou, déformé comme un col d'utérus gravide, presque plissé, non ulcéré, très gros. On ne peut arriver au fond des culs-de-sac. Le doigt ne ramène pas de sang, mais un liquide très fétide.

Au spéculum : col déformé, grisâtre et bourgeonnant. Diagnostic hésitant entre cancer et fibrome sphacélé.

Le 15, au cours d'un pansement, la malade vide, à travers les branches du spéculum, une partie de son utérus : un verre de pus horriblement fétide.

Le 18 novembre, brusquement, en descendant de son lit, la malade, qui avait senti quelque gêne dans le bas-ventre, sent glis-

ser quelque chose entre ses jambes et laisse couler par terre une grosse masse grise et molasse. Elle venait d'accoucher d'un gros polype sphacélé sans traces d'un pédicule (650 gr.).

Lavage utérin à l'eau iodée et permanganate; guérison complète dix jours plus tard.

OBSERVATION XVII.

(RICHELOT, in thèse GERDY, Paris, 1901.)

Fibrome sous-muqueux gangréné. — Hystérectomie vaginale.

Mort.

Mme L..., 60 ans, a commencé à perdre du sang six ou sept ans après la ménopause. A été traitée pendant dix-huit mois, à Niorç, par des pansements vaginaux. Depuis six semaines, fièvre, malaise, pertes très fétides, diarrhée. Le Docteur Dupouy, de Rochefort, diagnostique un fibrome et lui conseille de se faire opérer à Paris.

Entre dans mon service fin septembre 1896. Malade très cachectique; teint jaune, blafard. Température à 40 degrés. Etat général grave.

A l'examen. — Gros utérus, col normal, écoulement extrêmement fétide. Le Docteur Richelot pense à un cancer utérin. On recherche la cause de la fièvre : rien aux reins, rien aux poumons. Elle est dans le foyer septique utérin. Aussi, malgré le danger d'opérer en pleine septicémie, la seule chance de guérison est d'enlever le foyer septique.

Opération (le 3 octobre 1896). — Hystérectomie vaginale. Opération très laborieuse, qui dure deux heures, à cause du volume de l'utérus et des précautions à prendre pour protéger le péritoine contre le contenu, horriblement fétide, de l'utérus. Ce n'est pas un cancer du corps, c'est un fibrome sous-muqueux, ramolli et putréfié.

La journée se passe bien; le lendemain, température 37°2; bon pouls; va bien jusqu'à 2 heures du matin. Tout à coup, syncope et mort en quelques minutes.

Pas d'hémorragie; probablement syncope par myocardite chez une femme très infectée.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(S. DELLE-CHÉAJE, *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1913.)

Fibrome sous-muqueux, en partie interstitiel, sphacélé après accouchement. — Pédiculisation secondaire. — Ablation par voie vaginale et extirpation, en deux temps, d'un noyau fibromateux du fond de l'utérus. — Guérison.

Mme E... (A.), XI-pare, 40 ans. Dernières règles le 14 juillet 1912. Grossesse normale jusqu'au sixième mois où, en peu de temps, l'utérus prend le volume d'un utérus à terme. Accouchement le 9 février 1912 : fœtus très petit, tête aplatie dans le sens transversal comme si elle avait été fortement comprimée. Extraction du placenta. L'utérus reste encore très grand, mais l'examen fait exclure l'idée d'une grossesse gémellaire et révèle l'existence d'une tumeur. La température s'élève dès le quatrième jour des suites de couches et devient continue et rémittente jusqu'au 15 mars, date à laquelle je suis appelé à examiner la malade, qui est dans un mauvais état. Le palper révèle une large tumeur abdominale qui s'élève à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au toucher, le col est complètement dilaté et permet de percevoir au niveau de la portion antéro-latérale droite de la cavité utérine une tumeur du volume d'une demi-orange, qui bombe, mais dont la plus grande partie reste incluse dans l'épaisseur du muscle. La consistance est dure; une sonde introduite dans la cavité montre que celle-ci est agrandie et déformée par d'autres nodules fibromateux. Dans l'urine, 2 p. 100 d'albumine avec nombreux cylindres.

On renonce à une opération radicale à cause de l'état général et des lésions rénales; de plus, la tumeur semblait devoir s'éliminer par la voie vaginale. Injections utérines. Après cinq jours, à la suite de véritables douleurs d'accouchement, le col est effacé et dilaté de 3 centimètres et permet de sentir une tumeur irrégulière,

de consistance très peu dure, occupant la totalité de la cavité utérine.

Depuis deux jours, pertes vaginales très fétides et élimination de tissus sphacelés; persistance de la fièvre. On enlève alors les tissus sphacelés et la cavité utérine est ainsi vidée en grande partie; on excise ensuite aux ciseaux toute la partie de la tumeur non encore altérée ainsi qu'un autre fibrome, qu'on perçoit dans le fond de l'utérus. Cautérisation à la teinture d'iode et injections d'eau iodée. Pendant cinq jours, injections chaudes; l'utérus diminue et arrive à 2 doigts de la symphyse. D'autres tissus sphacelés sont encore éliminés, et on peut compléter l'extirpation de la tumeur du fond de l'utérus. L'état général s'améliore, et, après vingt-cinq jours, la menstruation normale s'établit.

La guérison est complète.

OBSERVATION XIX.

(Docteurs LOUBAT, MANGÉ, BERNARD, Soc. obt. et gyn. de Bordeaux, séance 3 juin 1924.)

Fibrome atteint de sphacèle aseptique, ayant rompu la muqueuse utérine et sur le point de s'infecter. — Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Femme de 48 ans, portant depuis longtemps un gros fibrome, dur et indolore; a présenté des accidents douloureux à début subit dans tout le bas-ventre, s'accompagnant d'antécédents péritonéaux nets et d'une importante élévation thermique. La tumeur, jusque-là peu gênante, est devenue douloureuse, et bientôt des hémorragies surviennent. Nous voyons la malade en période aiguë, avec température à 40 degrés, et nous conseillons d'attendre la disparition des phénomènes aigus pour intervenir. Un mois et demi après nous pratiquons dans de bonnes conditions l'hystérectomie subtotale. Les suites, au quinzième jour, sont normales.

Examen de la pièce opératoire. — A la coupe, on constate que le fibrome, du volume d'une tête d'adulte, présente des lésions

éclatantes de nécrobiose au stade dit de dégénérescence rouge. Cette nécrobiose massive, d'ordre nutritif, ne présente aucun signe d'infection, mais il semble que cette infection n'aurait pas tardé à se produire puisque le fibrome n'était plus isolé de l'extérieur, en tous ses points, par sa coque fibreuse. En effet, en ouvrant la cavité utérine par sa face antérieure, on constate que le fibrome, qui a refoulé l'utérus en avant, a encore rompu sa coque et la muqueuse en un point de la paroi postérieure de la cavité utérine. Il existe là une perforation arrondie, à bords nets, de la dimension d'une pièce de 5 francs, par où le fibrome mortifié communique avec la cavité utérine, tranchant par sa coloration brun noirâtre sur le gris blanc de la muqueuse environnante.

Il y avait donc là des conditions suffisantes pour que la gangrène plus ou moins putride vienne compliquer la nécrobiose simple à cause de l'infection de la tumeur déjà mortifiée, par des microbes provenant de la cavité utérine.

Examen histologique (pratiqué par le Docteur Piéchaud). — Il a confirmé le diagnostic de sphacèle aseptique du fibromyome qui a perdu toute affinité pour les colorants nucléaires.

OBSERVATION XX (Résumé).

(DELFOURD, PÉLISSIER, CAVANIOI, *Gyn. et obst de Nancy*,

16 janv. 1924.)

Fibrome du fond de l'utérus sphacélé secondairement.

Hystérectomie abdominale. — Mort par septicémie.

Mme X..., de constitution robuste, savait que, depuis deux ou trois ans, elle avait un fibrome et ne suivait aucun traitement. Le 12 juillet, elle fait appeler le Docteur Cavanioi parce qu'elle se plaint de vives coliques à droite : il n'y a pas d'appendicite; simplement le corps utérin, saillant derrière la symphyse, qu'il dépasse de 3 à 4 travers de doigt, est un peu sensible. Mais ces symptômes n'offrent aucune inquiétude. Les règles actuelles sont normales; les deux ou trois périodes précédentes ont cependant

été plus abondantes. Même état, aussi peu inquiétant, jusqu'au 18. Le médecin, de nouveau appelé, trouve la malade agitée, sans douleur ni fièvre; son écoulement vaginal persiste, mais il est brunâtre et un peu fétide; l'utérus est globuleux, comme une grossesse de trois mois, surtout au niveau du segment inférieur, qui est distendu et périforme. Nuit agitée. Le lendemain, fièvre à 38 degrés, pertes roussâtres, de fétidité repoussante. Entre les grandes lèvres, une masse piriforme, blanc grisâtre, molle, dégageant une odeur infecte, qui se continue par un pédicule solide; cette tumeur est sectionnée le soir même au ras de la vulve, après ligature du pédicule, en attendant l'intervention chirurgicale, décidée après consultation avec le Docteur Pélissier. Le lendemain, 20 juillet, le Docteur Delfourd voit la malade; fièvre à 38°5, pouls à 120. Facies terreux, langue sèche. Le corps utérin s'élève à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse, mobile, mais douloureux; le col est largement entr'ouvert, donnant passage au pédicule apparent à la vulve; il est dilaté à 2 francs, rouge, laissant passer le tractus fibreux, qui semble s'insérer au fond de l'utérus, et qui est enlevé par torsion. Par le toucher intra-utérin, on perçoit dans le fond une masse de la taille d'une orange, dont la consistance est celle d'une éponge imbibée d'eau. L'hystérectomie abdominale est pratiquée immédiatement, après désinfection soignée du vagin et du col. Elle est rapide, sans incident. Ablation de l'utérus fermé par deux clampes placés sur le segment inférieur; suture pariétale sans drainage. Les suites opératoires paraissent favorables jusqu'au troisième jour; mais, dès ce moment, fièvre, tachycardie, langue sèche, état général qui décline de plus en plus. La malade meurt le septième jour après l'intervention, succombant à une infection généralisée. A aucun moment, en effet, il n'y a eu de localisation ni au niveau des ligaments larges, ni au niveau du péritoine. La sérothérapie anti-gangréneuse n'a donné aucun résultat.

Pièce opératoire. — Fibrome de la taille d'une grosse orange, complètement sphacélé, occupant le fond de l'utérus et toute l'épaisseur du muscle. En un point, sur une surface de la dimension d'une pièce de 1 franc, le péritoine isolait seul la cavité abdominale du foyer de sphacèle.

L'examen histologique a été fait par le Docteur Morlot : « Tissu fibreux en voie de dégénérescence nécrobiologique, implanté sur du muscle utérin, légèrement fibromateux, mais ne laissant voir aucune altération maligne. »

Les produits envoyés ne présentent pas trace de muqueuse utérine; ils sont le siège d'une infiltration leucocytaire inflammatoire. Il semble bien s'agir d'un fibromyome en voie de régression par mortification centrale.

OBSERVATION XXI.

(Docteur BOURSIER, *Journ. de méd. de Bordeaux*, déc. 1907.)

Volumineux fibrome sous-muqueux sphacélé.

Hystérectomie subtotale. — Guérison.

Mme S... (Jeanne), cultivatrice, entré dans mon service le 27 juillet 1907 parce qu'elle a une volumineuse tumeur abdominale qui s'accompagne de violentes douleurs et pertes sanguinolentes ou fétides.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires; jamais de maladie importante. Réglée à 14 ans. Règles irrégulières en date, assez abondantes, durant quatre à cinq jours, non douloureuses. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

Depuis dix-huit mois environ elle avait constaté que son ventre devenait plus volumineux et contenait une masse arrondie, dure, mobile, à peu près indolore. Les règles n'avaient subi aucune modification, pas de pertes dans l'intervalle.

Il y a environ six mois, sans cause appréciable ni traumatisme, ni maladies, Mme S... commença à éprouver des vives douleurs dans la région droite du bas-ventre, avec vomissements. Le ventre s'accroît rapidement; la malade voit apparaître des pertes sanguinolentes à peu près continuelles, contenant d'énormes caillots. Puis elles deviennent noirâtres, jaunâtres et fétides, contenant de temps en temps des débris mortifiés plus ou moins striés de sang. Elle a perdu l'appétit; son teint est devenu jaune terreux. Elle a considérablement maigri; fièvre à peu près continue. En même temps, la tumeur a pris un développement considérable.

provoquant de la pollakiurie et une constipation opiniâtre. Les douleurs sont devenues si violentes que la malade a dû recourir aux injections de morphine pour pouvoir reposer un peu.

Examen (le 29 juillet). — Femme pâle, amaigrie, teint jaune terreux. Etat cachectique. L'abdomen, dont le volume contraste avec la maigreur de la malade, est rempli par une volumineuse tumeur remontant à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic; latéralement, s'appuie sur les régions iliaques, plonge par sa partie inférieure dans l'excavation pelvienne. Forme régulière, surface lisse; aucun point de fluctuation. Douleur à la pression surtout à droite. Le col, légèrement ulcéré dans sa commissure droite, assez élevé, à peu près dans l'axe, un peu allongé. On perçoit facilement la tumeur abdominale à travers les culs-de-sac vaginaux. Le doigt explorateur ramène un liquide épais, noirâtre, d'odeur gangréneuse, contenant des débris sphacéliques.

Le diagnostic de fibrome sphacélé est porté. Traitement médical pour améliorer l'état général. Injections à l'eau oxygénée.

Opération (le 10 août). — Sur demande instante de la malade. Opération en pleine infection. Hystérectomie subtotale abdominale par la méthode de Kelly. Section et cautérisation du col préalablement saisi par une pince de Doyen pour éviter l'écoulement des produits septiques de la cavité utérine. Péritonisation complète. Fermeture en trois plans.

Suites opératoires des plus simples. Guérison totale deux mois après.

Pièce opératoire. — Utérus fibromateux pesant 2 kg. 175. On sectionne la tumeur, dont la surface est normale, et après avoir traversé la paroi antérieure de l'utérus, épaisse de 2 à 3 centimètres, on trouve, faisant saillie dans la cavité utérine, très agrandie, une énorme masse plus grosse que les deux poings réunis, irrégulière, bosselée, noirâtre, verdâtre par places, ramollie par endroits et répandant une odeur de gangrène absolument fétide. C'est un volumineux fibrome sous-muqueux sphacélé, nettement encapsulé du côté de la paroi utérine. La muqueuse qui revêtait la partie en saillie dans la cavité était complètement détruite, et on n'en trouvait plus trace qu'au niveau du col utérin.

Il s'agissait bien d'un fibrome utérin exposé, sphacélé.

OBSERVATION XXII.

(GUYOT et ICHON, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1923, p. 163.)

*Sur un cas de fibrome sphacélé du col utérin,
pris pour un prolapsus sphacélé.*

M^{me} L..., âgée de 65 ans, entre salle 8 sur les conseils de son médecin pour une descente de matrice devenue irréductible et infectée.

Dans ses antécédents, on relève : des règles normales établies à 15 ans, toujours régulières jusqu'à la ménopause, survenue à 50 ans.

Pas de fausses couches. Deux enfants bien portants : une fille âgée de 43 ans et un fils de 40 ans.

L'affection qui l'amène remonte, d'après ses dires, à l'accouchement de son deuxième enfant, en 1882, accouchement très laborieux, ayant duré trois jours, sans application de forceps ni de déchirure périnéale. Suites de couches normales, sans infection. Elle reste trois semaines environ au lit; mais, à son lever, commence à ressentir une gêne avec pesanteur dans le bas-ventre et entre les jambes, surtout après une longue station debout et une marche de quelque durée. Quelques pertes blanches depuis sa jeunesse, mais jamais d'hémorragie à type métrou ou ménorragique.

Cette gêne augmentant, elle fait, sur les conseils d'une voisine, l'acquisition d'un pessaire, qu'elle s'applique elle-même vers 1892. Elle se sent un peu soulagée, mais elle espace de plus en plus ses soins de propreté, et, en 1916, présente des phénomènes d'infection au niveau de son prolapsus. Un médecin appelé pratique l'extraction du pessaire non sans peine. Depuis, sa descente de matrice s'accroît, dit-elle, sans qu'elle puisse préciser à partir de quel moment elle a atteint l'orifice vulvaire. Depuis l'accouchement de 1882, présente une hernie inguinale gauche pour laquelle elle porte un bandage.

Il y a un mois, en décembre, au cours d'un effort en soulevant

un enfant de 4 ans, a l'impression que sa matrice sort brusquement.

Elle se décide à se faire hospitaliser.

Examen (le 20 octobre 1922). — A la vulve apparaît une tumeur piriforme du volume d'une tête de fœtus à terme, un peu irrégulière, molle, rougeâtre, sécrétant du séro-pus malodorant, présentant des points de sphacèle. A la partie antérieure, zone triangulaire de coloration blanche, d'aspect lisse, faisant penser au premier abord à la vessie prolabée.

Zone d'épidermisation inflammatoire.

Aucune apparence de col. Un orifice postéro-supérieur, où la pince s'enfonce, peut faire penser à l'orifice externe.

Le pédicule de la tumeur s'enfonce dans le vagin, dont l'exploration est rendue difficile. En avant, le cul-de-sac antérieur est à peu près supprimé (4 cm. à peine). En arrière, par contre, le doigt ne trouve pas le fond du cul-de-sac postérieur, et une pince n'est arrêtée qu'à plus de 12 centimètres, avec une sensation d'obstacle irrégulier.

Du pus est contenu dans ce cul-de-sac.

Le diagnostic de prolapsus sphacélé est porté, et on se décide à une intervention, hystérectomie vaginale imposée par l'état général profondément altéré : fièvre, toxémie, défaillance cardiaque, œdème du membre inférieur gauche.

Avant l'opération, on cherche à préciser les rapports de la vessie; mais le cathétérisme ne donne rien, et un essai de cystographie au bromure de sodium n'a pu fournir le renseignement.

Opération pratiquée par le Docteur René Villar; on se borne à ébraser tout ce qui vient de la tumeur extra et intravaginale par forte traction.

Suites. — Température abaissée, affaiblissement progressif et mort le surlendemain.

Nécropsie. — A l'ouverture de l'abdomen, utérus et annexes normaux et plutôt surélevés. Ligaments utérins nullement allongés. Au-dessous du corps utérin existe une tumeur occupant la partie supérieure du vagin, entièrement intravaginale. En effet, la vessie, en situation normale, est seulement aplatie d'avant en arrière,

mais se décolle bien facilement. Aucune adhérence postérieure du vagin avec l'anse sigmoïde et le rectum.

La pièce présente, après incision longitudinale de la paroi antérieure du vagin, une tumeur de forme arrondie développée au niveau du col utérin, en avant du canal endocervical, tumeur dure, régulière, partiellement adhérente au dôme vaginal distendu, mais n'infiltrant pas ses parois.

Examen histologique (Professeur Sabrazès) (le 29 décembre). — Polype fibreux en mauvais état atteint d'œdème et de nécrose. Pas de thromboses, pas de revêtement muqueux. En somme, fibrome cervical évoluant depuis plus de trente ans, ayant peut-être causé la dystocie du second accouchement, mais n'ayant jamais causé de métrorragies. Fibrome considéré et traité comme un prolapsus secondairement infecté et sphacélé.

OBSERVATION XXIII.

DELESTRE, Soc. anat., 18 mars 1898.)

Fibrome sous-muqueux gangréné qui avait été pris pour une rétention placentaire. Ablation par voie vaginale. — Mort.

Malade de 49 ans; pas d'autre trouble antérieur qu'un écoulement de liquide roussâtre entre ses règles, et n'a de fièvre que depuis le 14 mars. Entre à l'hôpital avec le diagnostic de rétention placentaire, et un état général grave. Elle a, sortant de l'utérus, une masse qui fait saillie dans le vagin, qui donne au toucher la sensation d'un placenta. Mais on constate que c'est un fibrome putréfié. M. Lejars en fait l'ablation par la voie vaginale, la malade n'étant pas en état de supporter une hystérectomie. Elle succombe quelques heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve en plus une trompe sphacélée et pleine de pus, et des abcès miliaries dans le foie et les reins.

OBSERVATION XXIV (Résumée).

(DEVRAIGUE et LACOMME, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1922, p. 635.)

Accouchement spontané d'un énorme fibrome sphacélé du segment inférieur, pris pour un fœtus mort et macéré. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

Les auteurs citent le cas d'une femme qui va consulter son médecin pour des pertes sanguines qu'elle attribue à la ménopause, des troubles de la miction et des douleurs très violentes dans le bas-ventre. Elle urine très difficilement et a l'impression que « sa matrice descend ». Celui-ci, la croyant enceinte, malgré ses dénégations, l'envoie à la maternité de la charité.

On est frappé là par la constatation d'une masse noirâtre, arrondie, faisant saillie à la vulve et ressemblant absolument à la tête d'un enfant mort et macéré. Il se dégage une odeur de putréfaction insupportable. Au cours de manœuvres faites pour hâter l'expulsion, la masse noirâtre progresse de quelques centimètres et donne alors l'impression d'une volumineuse bosse séro-sanguine sphacélée. Cependant, un toucher profond ne donne pas l'impression d'une tête. On sonde la malade, et la tumeur abdominale, prise d'abord pour l'utérus gravide, disparaît progressivement. L'examen sous anesthésie permet alors de sentir un col tendu, dilaté à grande palmaine; on peut passer en arrière de la tumeur, mais en avant celle-ci se continue par un large pédicule. Le diagnostic d'énorme fibrome pédiculé sphacélé en voie d'expulsion est alors aussitôt porté.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée quelques heures après; le pédicule du fibrome occupait les faces antérieures du col et du corps. La tumeur et l'utérus pèsent 1.160 grammes. Guérison.

OBSERVATION XXV.

(Docteur DOUAY, in thèse DEBENAIS, Bordeaux, 1921.)

Observation d'un polype fibreux sphacélé simulant un cancer du col.

M^{me} B..., 48 ans, entre à l'hôpital Broca, en mars 1919, avec un diagnostic, porté par son médecin, de néoplasme du col à forme bourgeonnante. Depuis plusieurs mois, elle présente des pertes blanches de mauvaise odeur, qui sont devenues atrocement fétides depuis quinze jours. Quelques pertes de sang en dehors des règles. A l'examen, on tombe sur une masse friable occupant tout le fond du vagin. Cette masse n'est pas bourgeonnante; elle est ronde, friable à sa superficie, mais ferme dans son noyau central; le doigt arrive à en faire le tour et à sentir derrière elle l'anneau lisse et souple du col dilaté.

Le diagnostic est fait : polype sphacélé.

Opération pratiquée par le Professeur J.-L. Faure. Le polype vaginal est facilement saisi avec deux pinces de Museux et arraché par torsion (grosueur d'une mandarine).

Après avoir enlevé le polype, on reconnaît un second fibrome plus haut placé dans la cavité utérine, non sphacélé : myomectomie par morcellement (grosueur du poing). Opération très longue et très difficile. Tamponnement de la cavité utérine.

Suites. — Fièvre pendant quelques jours sans phénomènes graves, puis amélioration progressive.

La malade quitte l'hôpital quinze jours après, présentant encore quelques pertes blanches sans odeur.

OBSERVATION XXVI.

(VENOT, Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, mars 1923.)

Fibrome calcifié gangrené simulant un épithélioma.

Hystérectomie abdominale élargie.

Femme de 53 ans, entrée dans mon service pour métrorragies.

Antécédents personnels. — Bonne santé en général. Quatre grossesses. Pertes blanches habituelles. Ménopause à 51 ans. A cette époque, a eu des pertes de sang assez fortes.

Depuis deux ans, elle n'a pas perdu une goutte de sang et, le 2 avril dernier, elle eut une perte de sang pendant deux jours, assez abondante, avec douleur dans les reins. Le docteur Roche, après examen, conseilla une opération et l'envoya à l'hôpital dans mon service.

A l'examen, je trouve un col gros, avec des bourgeons rouges, dont un assez gros, intracervical et dur au toucher. Utérus gros, très mobile, culs-de-sac souples.

Diagnostic clinique. — Epithélioma.

Intervention (le 14 avril). — Hystérectomie abdominale élargie. Voici l'utérus qui présente, dans sa paroi antérieure, un fibrome gros comme une mandarine, calcifié régulièrement à sa surface et sphacélé à son centre. La couche périphérique calcaire est complète, épaisse de 2 à 3 millimètres, et entoure un noyau complètement sphacélé.

Or, cette femme n'a jamais eu ni douleur, ni fièvre.

L'examen histologique des bourgeons du col a montré qu'il s'agissait de lésions inflammatoires.

OBSERVATION XXVII.

(DESMARETS et DIAMANT-BERGER, *Ann. anat. path.*, févr. 1927.)

Cas clinique de polype sphacélé répondant anatomiquement à un cancer perforant du corps utérin. — Hystérectomie totale. — Guérison.

Une malade de 53 ans entre à Ambroise-Paré, le 10 novembre 1926, pour pertes fétides.

L'histoire clinique montre qu'elle a toujours saigné trop abondamment au moment de ses règles, et que, réglée à 20 ans seulement, mère à 23, elle a été curettée à 26 pour métrorragies répétées (amélioration de quelques mois). Vers l'époque présumée de sa ménopause, les règles sont devenues ménorragiques, puis les métrorragies se sont multipliées, l'anémiant beaucoup. Mais la fétidité des pertes a marqué une nouvelle phase dans cette évolution : celles-ci

ne datent que de 6 semaines environ et, d'emblée, ont été quotidiennes, continuelles et d'une horrible puanteur. D'aspect verdâtre ou hémorragique, elles s'accompagnent de *douleurs*, à type, soit de pesanteur pelvienne, soit de coliques utérines expulsives; d'*état infectieux* et d'*amaigrissement*.

A l'*examen*, on trouve un gros utérus dont on palpe le fond à trois travers de doigt de la symphyse, un peu à gauche de la ligne médiane. Le col est entr'ouvert entre 0 fr. 50 et 1 franc; ses bords sont amincis et relativement souples, et le doigt sent une masse intracervicale friable, incontestablement en voie de sphocèle et d'expulsion. On fait donc le diagnostic de polype fibreux sphacélé en voie d'expulsion, diagnostic qui paraît évident. Cependant, on cherche à le confirmer par une *biopsie* d'un fragment de la masse intracervicale, qui montre « que, dans les caillots fibrino-leucocytaires, apparaissent en quelques places des lambeaux conjonctifs contenant des vestiges nécrotiques sans origine reconnaissable ». En réalité, ces caractères nécrotiques empêchent un diagnostic de certitude.

L'*intervention*, pratiquée le 29 novembre 1926, montre que la face antérieure de l'utérus est lâchement adhérente au péritoine sus-vésical : au cours du décollement, on libère sur cette face, un peu au-dessus de l'isthme, une perforation arrondie, de 25 millimètres environ de diamètre, et par où sort une masse exubérante et friable, saignant, d'aspect absolument néoplasique. L'hystérectomie totale est rendue difficile par des adhérences cæco-appendiculaires avec les annexes droits, et de l'infiltration œdémateuse du ligament large du même côté. Cependant, elle est terminée sans incidents, et la guérison se produit avec un drainage aux mèches, exclusivement vaginal, par-dessus lequel une péritonisation étanche est pratiquée.

Examen de la pièce. — Divers fragments ont été prélevés sur la paroi utérine au niveau de la perforation. On y note une prolifération épithéliomateuse glandulaire typique, formant une masse friable parsemée de zones nécrotiques; les boyaux épithéliaux pénètrent dans l'épaisseur du muscle et aboutissent à l'extérieur. Dans la masse néoplasique, à côté de culs-de-sac bordés de cellules cylindriques différenciées, on constate en plusieurs points des îlots de morphologie malpighienne, par métaplasie inflammatoire secondaire.

Il y a eu à noter de plus une infiltration inflammatoire polymorphe diffuse composée de polynucléaires, de lymphocytes et de plasmocytes; et enfin que la trame conjonctivo-musculaire est largement dissociée par des bandes de nécrose, ce qui explique histologiquement la perforation constatée.

« Ainsi ce cancer du corps utérin est intéressant à plusieurs points de vue :

» 1° *La perforation utérine* et le bourgeonnement du cancer dans le péritoine, sans aucun phénomène infectieux, et ceci malgré la très grande septicité de l'utérus;

» 2° *La coexistence avec un polype sphacélé*; non seulement l'intérêt clinique du diagnostic est considérable, mais, anatomiquement, il pose la question de la dégénérescence épithéliomateuse d'un polype intra-utérin, non pas de la portion exubérante, mais par sa face profonde d'implantation;

» 3° *Le peu de valeur de la biopsie par curettage* ou par prélèvement d'un fragment en nécrose, si elle est négative au point de vue cancer. » (1).

OBSERVATION XXVIII.

(MARTIN, in thèse JOUBERT, Paris, 1908.)

Sphacèle d'un fibrome intra utérin, ayant amené l'accouchement prématuré et la mort du fœtus. — Morcellément. — Guérison.

Dame V-pare, en état de misère physiologique, chez qui on avait diagnostiqué un fibrome utérin. Quelque temps avant le terme, température à 40 degrés, pouls à 120, ventre ballonné, urines rares et albumineuses. Utérus douloureux à la pression; fœtus probablement mort; pas de battements. La malade souffre probablement de grippe depuis huit jours, mais les symptômes inquiétants ne remontent qu'à deux jours.

Accouchement en quelques heures sans aggravation ni améliora-

(1) Commentaire des auteurs.

tion. Fœtus mort. Liquide amniotique fétide. Le placenta entier sent mauvais. L'utérus vidé, il reste encore une énorme masse représentant presque le volume d'un utérus à terme. La main introduite ne sent pas de deuxième enfant et revient chargée de débris fétides.

L'utérus contient donc un fibrome infecté dans la dernière semaine de la grossesse, probablement sous l'influence de la grippe. L'infection a amené la mort du fœtus et l'accouchement prématuré. La main avait senti une grande masse faisant saillie dans le fond de la cavité utérine; l'accouchement n'a pas amélioré la situation. Le lendemain, température, pouls, état général, restent les mêmes. Il faut enlever le fibrome. On convient, en raison du milieu et de l'état de la malade, d'essayer d'opérer par les voies naturelles. On désinfecte la cavité utérine, on remonte la malade par du sérum. Les contractions n'ayant pas cessé, le fibrome s'est abaissé à travers le col, largement ouvert. Il est sphacélé sur une épaisseur de trois centimètres. Le reste est lie de vin, grisâtre en d'autres points. On l'enlève par morcellement. L'utérus vidé se contracte et revient sur lui-même. Grandes injections de permanganate, sérum, caféine. Guérison.

OBSERVATION XXIX (Résumée).

(DELFOURD, Soc. d'obst. de Paris, 1926.)

Fibrome intra-utérin sphacélé pendant la grossesse.

Hystérectomie. — Guérison.

Malade de 35 ans, enceinte.

Au deuxième mois, pertes de sang; à 2 mois et demi, pertes fétides, frissons violents. La malade refusant une intervention, on pratique un avortement suivi d'un curage digital immédiat; placenta fétide.

Six jours après, la température reprend : 38°7. L'utérus, presque complètement vide, est toujours gros et douloureux.

Hystérectomie, abcès de fixation, guérison.

On trouve au fond un fibrome ramolli, pruriforme, fétide. L'examen histologique montre des zones de dégénérescence et de suppuration et des lésions inflammatoires de la muqueuse et du chorion.

DIAGNOSTIC

Les douleurs pelviennes, la fièvre oscillante, le teint intoxiqué et l'état inquiétant dans lequel tombe rapidement la malade peuvent déjà faire soupçonner l'existence du sphacèle. Les écoulements vaginaux fétides charriant des débris sphacelés et la découverte de la masse gangrénée viendront la confirmer.

Si l'existence du fibrome était connue, et pour ne pas tomber dans des redites, disons simplement que la fièvre et l'écoulement fétide feront immédiatement penser à son infection.

Mais la tumeur est habituellement inconnue, et de ce fait, le diagnostic est plus difficile. Nous envisagerons successivement les deux cas suivants :

1° La tumeur est intracavitaire;

2° La tumeur est en voie d'expulsion dans le vagin ou en fait déjà partie.

LA TUMEUR EST INTRA-UTÉRINE.

a) *Après un accouchement ou un avortement.*

Dans les premières heures qui suivent, l'utérus restant gros du fait de la présence de la tumeur intracavitaire, on peut penser à un *deuxième œuf*. Comme dans l'observation IX, on peut sentir une masse intra-utérine confirmant cette hypothèse.

Mais on ne saurait entendre de bruits fœtaux, et dans la suite, au lieu de sentir une poche d'eaux dont la surface serait lisse, le doigt est en contact d'une masse rugueuse, et en ra-

mène des débris caractéristiques, si elle n'a pas déjà donné lieu à des pertes fétides.

Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, l'apparition de la température et la transformation des lochies qui deviennent fétides éveillent aussitôt l'idée de la *fièvre puerpérale*; dans les deux cas, aussi, l'utérus est mou, douloureux, plus gros qu'il ne devrait être. Mais dans l'infection puerpérale, il y a absence de ces douleurs expulsives si fréquentes dans le sphacèle des fibromes; les lochies n'ont pas l'odeur gangréneuse des pertes de ce dernier et ne charrient pas de débris sphacéliques. Enfin le toucher intra-utérin ne révèle pas de tumeur gangrénée.

Le diagnostic peut être autrement difficile lorsqu'il a pu y avoir *réten tion placentaire*. La sage-femme n'aura quelquefois pas bien examiné le délivre, ou un avortement aura été pratiqué, et l'on se garde bien d'en avertir le médecin. La rétention peut être même possible après une délivrance qui a paru complète, et Potvin va jusqu'à dire : « On ne peut certifier qu'un arrière-faix est complet qu'après examen intra-utérin. ». Le cas est rare où les cotylédons retenus, parfois même le gâteau placentaire entier, sont expulsés sans altération, lorsque, ayant conservé suffisamment de connexions vasculaires, ils n'ont point été infectés. Le plus souvent, il y a putréfaction; les signes fonctionnels et physiques rappellent ceux du fibrome sphacélé; l'utérus ne régresse pas, et reste mou, douloureux; les lochies se sont transformées en pertes fétides. Il y a de la température. La malade de l'observation XXIII, avait été envoyée à l'hôpital avec ce faux diagnostic. Le toucher intra-utérin permettra de reconnaître la mollesse spéciale du placenta, et l'écoulement aurait, pour Depaul, une odeur différente.

L'erreur ne serait pas, du reste, bien grave; dans les deux cas, une intervention ou une exploration utérine plus complète sont nécessaires.

On peut aussi penser au *déciduome malin*, d'abord à cause des hémorragies abondantes et continues et de l'augmentation

du volume de l'utérus, plus tard à cause des pertes fétides et des signes généraux. La plupart du temps, un examen approfondi, comme dans l'observation III, suffit à différencier le chorio-épithéliome du fibrome sphacélé; néanmoins, dans les cas douteux, c'est à la biopsie qu'il faudra recourir. Ici aussi, il faudra de toute façon intervenir.

b) *Il n'y a pas de notion d'accouchement ou d'avortement.*

Le diagnostic avec la *tumeur maligne de l'utérus* est parfois plus délicat. Lorsque le cancer est arrivé à une période avancée : par ses signes généraux, teint jaune paille, amaigrissement, cachexie, par ses hémorragies alternant avec des pertes fétides et mélangées de lambeaux sphacelés de tissu néoplasique, il peut simuler une infection fibromateuse. L'histoire clinique n'est cependant pas la même; le cancer du corps est un cancer de vieilles femmes, il a une évolution lente qui a débute par des douleurs pendulaires précoces. Au contraire, l'accroissement rapide de la tumeur, son ramollissement, sa sensibilité particulière, sont en faveur du fibrome, ainsi que le graphique thermique et l'allongement de la cavité utérine.

Dans l'observation XVII, le diagnostic porté était celui de cancer utérin, et ce ne fut qu'à l'examen de la pièce opératoire que l'on reconnût l'existence d'un fibrome putréfié.

Le toucher intra-utérin montrera que la tumeur saigne facilement dans l'épithélioma; le doigt ramènera des débris à odeur fade des tissus cancéreux; dans le sphacèle, la tumeur saigne peu, les débris sont caractéristiques par leur odeur repoussante.

On n'omettra pas de pratiquer une biopsie. Le résultat du laboratoire sera, dans les cas douteux, le principal élément de diagnostic, encore qu'une réponse négative ne soit pas une preuve certaine de l'absence de cancer. Nous avons reproduit l'observation XXVII, parce qu'elle était un exemple typique de cette erreur; souvent, en effet, il y a, comme chez cette malade, coexistence de néo et d'un polype sphacélé ou

dégénérescence de ce dernier, et la curette ou la pince n'auront pu se porter au niveau de la tumeur maligne.

Du reste, à ce point de vue, nous ne pensons pas que les avantages que l'on retirerait de l'examen des masses fongueuses curettées puissent contrebalancer les risques d'accidents graves qui se sont fréquemment produits à la suite d'un curetage. Nous aurons, du reste, l'occasion d'en reparler au sujet du traitement.

L'image radioscopique de la cavité utérine après injection de lipiodol ne donnerait pas d'utiles renseignements. Les images lacunaires, irrégulières, « en crabe » du cancer du corps, ne sont-elles pas reproduites simplement par les contours d'un fibrome procident entouré de caillots, à plus forte raison par ceux d'un fibrome ou d'un polype sphacelés?

Comme on le voit, le cancer du corps pourra quelquefois rendre le diagnostic hésitant; l'indication opératoire reste cependant posée dans les deux cas; elle n'en est, au contraire, que plus pressante.

Dans la *métrite fongueuse*, l'écoulement vaginal est visqueux et purulent, mais n'a pas la fétidité de celui qui accompagne le sphacèle. Le col est gros, oedématié, ulcéré, et son orifice contient du muco-pus. L'utérus a gardé son volume normal, ou est même diminué. Le toucher intra-utérin, enfin, renseigne sur la sensibilité utérine particulière et l'absence de tumeur.

La métrite peut, du reste, coexister avec un fibrome sphacélé; le danger est ici de le méconnaître et de faire un curetage qui ouvrirait de multiples portes à l'infection déjà si grande.

Le diagnostic pourra encore se poser avec une rétention de fœtus putréfié. L'anamnétique a ici la plus grosse importance.

Très souvent, il est impossible de porter un diagnostic immédiat; l'évolution de l'affection, comme pour plusieurs des malades qui font l'objet des observations suivantes, permet de résoudre le problème, surtout lorsque, à travers le col, s'engage le fibrome sphacélé qui lèvera les doutes.

Mais vue pour la première fois à ce stade, cette masse putréfiée posera à son tour de nouvelles difficultés de diagnostic, que nous passons en revue ci-dessous.

LA MASSE EST EN VOIE D'EXPULSION DANS LE VAGIN,
OU EN FAIT DÉJÀ PARTIE.

Après un accouchement, le médecin, dont le doigt est arrêté dans le vagin par une masse arrondie qui l'obstrue plus ou moins complètement, pensera immédiatement à une *inversion utérine*, car, ici aussi, existe l'anneau formé par le col utérin autour de la matrice inversée.

L'inversion utérine aiguë et précoce sera vite reconnue; il suffit d'y penser pour éviter toute confusion. C'est une femme qui saigne abondamment, en état syncopal; qui a eu une délivrance anormale et dont la palpation du ventre aura vite fait de faire constater l'absence du globe utérin.

Plus embarrassante est l'inversion utérine tardive ou chronique, en raison des troubles trophiques que l'utérus aura subi du fait de sa nouvelle situation et de la striction exercée par le col sur la masse inversée. A la métrite chronique de la muqueuse succède vite la métrite parenchymateuse, et l'on conçoit que l'inflammation et le sphacèle ne tardent pas à compliquer l'inversion utérine, qui s'est laissé infecter par les agents de la cavité vaginale, et qui a perdu, de ce fait, la sensibilité et la consistance du muscle utérin. La confusion avec un polype sphacélé accouché dans le vagin sera facile, d'autant plus que l'on examine une femme saignée et intoxiquée qui présente, à peu près au complet, le syndrome caractéristique des infections utérines.

La découverte, aux deux angles de la tumeur, des deux petits orifices tubaires lèverait, bien sûr, tous les doutes, mais combien rare doit-elle être sur cette masse sphacélée.

Le toucher vaginal, si l'exploration du col est possible, apporte des renseignements autrement sûrs. Le doigt introduit entre la tumeur et le col est alors arrêté de tous côtés par une

sorte de rigole circulaire constituée par la réflexion de la paroi utérine inversée, qui se continue avec le col.

Ce signe est négatif pour un polype, sauf sur une partie du pourtour du col, si son insertion est basse dans la cavité utérine, comme dans l'observation XXIII. Un hystéromètre ou un stylet, poussés avec précaution entre le col et le pédicule, sont arrêtés de tous côtés dans l'inversion, mais pénètrent au contraire dans la cavité, qu'ils montrent aggrandie, dans le cas d'un polype.

Enfin, par le toucher combiné, comme dans l'observation VII, on s'aperçoit de l'absence du globe utérin inversé dans l'abdomen; le petit bassin, exploré par le toucher rectal, en est également vide; dans cette dernière recherche, le doigt, en déprimant la paroi rectale antérieure, peut sentir l'entonnoir formé par l'utérus inversé et arriver au contact du bec, dirigé en arrière d'une sonde rigide introduite dans la vessie.

Si, comme cela arrive fréquemment, le polype fibreux se complique d'inversion, le diagnostic sera particulièrement difficile; il n'est souvent fait que pendant l'opération. La tumeur a alors un aspect bilobé, le lobe inférieur étant constitué par le fibrome; le supérieur, séparé du précédent, par un sillon, correspond à l'utérus inversé. Si l'inversion est totale, le doigt ne perçoit plus aucun bourrelet cervical; si elle est incomplète, il est arrêté dans le sillon plus ou moins profond qui va jusqu'au collet de l'inversion; l'examen sera complété naturellement par la palpation abdominale et le toucher rectal. Le danger est de méconnaître cette complication, et d'entamer le muscle, voire même le perforer au cours d'un morcellement de la tumeur, par exemple. Il sera donc prudent, lorsque celle-ci aura empêché l'accès du col, de se comporter comme si elle avait entraîné à sa suite la paroi utérine.

L'observation XXIV relate l'histoire d'une femme qui avait été envoyée à l'hôpital avec un diagnostic de *cancer du col*. Il ne saurait s'agir, bien entendu, que d'un néo, à type bourgeonnant, infecté et très avancé. L'amaigrissement, la teinte

jaune des téguments, la fièvre hectique, l'œdème cachectique, peuvent alors en imposer pour le sphacèle d'un polype. Mais l'histoire clinique de la malade est bien différente; de plus, la sensation de tumeur molle, arrondie, assez régulière dans le cas du fibrome, n'est pas celle de la friabilité et de l'irrégularité du néoplasme en choux-fleur du col, qui saigne, du reste, facilement. Le spéculum permettra de voir les bourgeons charnus caractéristiques de l'épithélioma.

Mais le signe le plus précieux est l'examen du col utérin; il est sain dans le cas d'un polype (obs. XXII), et la tumeur s'enfonce par son extrémité supérieure dans la cavité utérine; cette notion de pédicule encerclé d'un anneau correspondant à l'orifice cervical dilaté élimine toute idée de cancer.

Enfin, il sera facile de prélever un fragment suspect pour examen au microscope.

On ne confondra pas, non plus, un fibrome gangréné en voie d'accouchement avec une *tête d'enfant mort et macéré*, comme l'erreur a été commise dans l'observation XXIII. L'anamnétique fournira ici de précieux renseignements ainsi que le volume de l'utérus, qu'on ne confondra pas, comme pour cette malade, avec une vessie distendue.

Nous avons relaté l'observation XXI, dans laquelle l'histoire et l'examen de la malade avaient fait poser un diagnostic de *prolapsus sphacélé*. Il s'agissait, en réalité, d'un fibrome gangréné du col, mais la question pourrait se poser aussi bien pour un polype du corps accouché dans le vagin, et empêchant un toucher profond. C'est pourquoi nous avons rapporté ce cas, qui n'entre pas complètement dans le cadre de notre thèse.

TRAITEMENT

A. — PRÉVENTIF.

1° Il consistera à traiter les tumeurs fibreuses comme des tumeurs graves; on posera en principe que « toute tumeur fibreuse doit être opérée, et plus l'opération est précoce, moins elle est grave ». (1). Seules, pourront être épargnées les femmes jeunes dont l'état général offre une contre-indication, ou les femmes âgées qui sont arrivées à la ménopause ou ont traversé cette période, à condition que le fibrome dont elles sont porteuses « ne gêne pas, ne saigne pas, n'augmente pas et ne fasse pas souffrir » (1). Mais à cet âge-là, les contre-indications sont encore plutôt tirées de l'état général.

2° Enfin il consistera à redoubler d'antisepsie dans toutes les interventions portant sur des utérus fibromateux, et de surveillance pendant la grossesse et les suites de couches des femmes atteintes de fibrome.

B. — MÉDICAL.

Le traitement médical, insuffisant par lui seul, sera le traitement d'attente et de préparation à l'intervention, ou palliatif lorsque celle-ci est impossible à pratiquer, comme dans l'observation X, par exemple.

(1) Labadie, Lagrave, Leguen, *Traité de gynécologie*.

Il sera dirigé contre l'état général, pour relever les forces de la malade affaiblie; les toni-cardiaques, les sérums artificiels, etc., trouveront ici leur emploi. Il sera surtout dirigé contre l'infection générale : médicaments antiseptiques, vaccins, sérum anti-gangréneux, abcès de fixation, ont été diversement employés; et contre l'infection locale : glace sur le ventre et surtout injections vaginales ou intra-utérines qui seront souvent renouvelées et pratiquées sans violence; elles seront antiseptiques et réaliseront une sorte de « balayage » de tous les produits septiques contenus dans le canal utéro-vaginal. On emploiera les injections de permanganate, de sublimé, d'eau iodée et surtout d'eau oxygénée diluée au tiers qui, à un pouvoir bactéricide électif contre les anaérobies, joint une action désodorisante qui est certes ici utile.

Quant au curettage qui a été pratiqué quelquefois pour enlever « sinon le plus septique, du moins le plus gros », il doit être absolument proscrit. Bisch a pu réunir plusieurs observations où cette intervention avait occasionné des accidents septico-pyohémiques des plus graves, conséquence de l'ouverture par la curette d'une grosse quantité de vaisseaux sanguins et lymphatiques dans lesquels se déversent en masse les produits septiques qui sont sur place.

Il faut, le plus vite possible, supprimer ce foyer putride, qui infecte l'organisme, par un traitement chirurgical approprié.

C. — CHIRURGICAL.

Un examen approfondi de la malade précédera l'opération. Il sera d'abord local, et le chirurgien étudiera, dans la mesure du possible, l'allongement ou la déformation de la cavité utérine, l'insertion du fibrome, sa nature sessile ou pédiculée, la dimension ou le nombre du ou des pédicules, ses rapports avec le col, l'existence ou non d'une inversion utérine, l'état de l'utérus.

Il sera aussi général; de grosses lésions cardiaques ou rénales, comme dans les observations X et XX peuvent faire repousser ou modifier l'intervention projetée; mais le mauvais état général ne constitue pas toujours une contre-indication; il est au contraire une indication pressante de la suppression de ce foyer où sont élaborés les produits toxiques résorbés dans l'utérus et le vagin.

Quelquefois la persistance d'un état général relativement bon, pourra permettre d'attendre une évolution favorable spontanée. C'est ce que l'on a fait dans l'observation VI.

L'intervention sera conservatrice ou radicale. On ne pourra pratiquer une opération conservatrice que lorsqu'on sera sûr de ne laisser en place qu'un utérus non infecté. Chez les femmes âgées, dans les cas douteux, il est certain qu'on ne courra pas le risque de laisser un organe plus ou moins suspect et que l'on recourra d'emblée à l'hystérectomie.

Opérations conservatrices.

Elles pourront être :

La simple ablation des polypes vaginaux de petit ou de moyen volume, facilement accessibles, qui ont un pédicule grêle; deux ou trois tours de torsion ou la section au ciseau, le plus haut possible, du pédicule, suffiront habituellement. L'hémostase est spontanée ou facile à obtenir. Un lavage et un drainage de la cavité compléteront cette petite intervention.

Si le pied de la tumeur est large, c'est là qu'il faut redouter l'inversion utérine; la méconnaître, entraînerait à une erreur périlleuse qui serait d'extirper le fond de l'utérus inversé pris pour l'insertion. Si elle existait, on a conseillé, après ablation du polype, de laver largement et de drainer le vagin sans réduire l'inversion, ce qui favorise la détersion des produits gangrénés. Elle sera, du reste, facile à réduire lorsque tous les phénomènes infectieux auront disparu.

Il faudra recourir au morcellement et à l'évidement, lorsque, par leur volume, les polypes sont enclavés dans le vagin par

exemple. On attaque la tumeur solidement harponnée, en pratiquant une série de fragments en V successifs ou en coins; cette opération sera faite sous une irrigation continue.

Si le polype est intra-utérin, on sera souvent obligé de recourir à un débridement du col, soit pour opérer avec plus de facilité, soit pour permettre à la tumeur de franchir l'orifice cervical sans ou après morcellement. Dans l'observation I, on incisa les deux commissures du col abaissé et on allait pratiquer l'évidement du polype que l'on réussit cependant à attirer hors de la cavité sans avoir à y recourir. Après l'opération, les deux commissures cervicales sont suturées, un drainage ou un tamponnement sont mis en place, suivant les cas.

Si, après le morcellement de la tumeur, au lieu de trouver un pédicule net et s'implantant en tissu sain, on avait affaire, au contraire, à un fibrome plus ou moins sessile implanté par une large surface sur un utérus plus ou moins infecté qui constituerait une facile voie d'absorption pour les agents septiques, il faudrait évidemment compléter l'opération par une hystérectomie vaginale, c'est ce qui a été fait dans l'observation VII, où, derrière un polype, facilement extirpé, du reste, on découvrit une gangrène du fond de l'utérus.

Lorsqu'une tumeur est incomplètement sphacélée, ou qu'elle est accompagnée d'un autre noyau fibromateux sain de la cavité, il ne faudra pas s'arrêter, sauf cas exceptionnels, à l'excision du seul nodule gangréné. Ce fait est depuis longtemps admis; on n'a pas manqué de l'observer dans l'observation XVIII.

La myomectomie est souvent pratiquée pour les fibromes sous-muqueux facilement accessibles. Elle a été pratiquée par la voie abdominale dans l'observation XII; on peut voir à quels déboires aboutirent les opérateurs. Elle est, le plus souvent, faite par voie vaginale avec succès. Naturellement, cette opération ne pourra être pratiquée que dans les seuls cas où il existe une coque saine et assez épaisse entre la loge évacuée du fibrome et la cavité péritonéale.

Il va sans dire que toutes ces opérations seront précédées d'une désinfection soignée de la cavité vaginale et de la cavité utérine; les injections et les badigeonnages antiseptiques à l'essence de goménol, l'iode, etc., pourvoiront à ce but. Un drainage parfait complétera l'intervention, pour lequel un drain de Mouchotte sera quelquefois nécessaire, si le col a tendance à se refermer.

On voit donc que l'opération conservatrice a des indications limitées; elle sera surtout réservée aux femmes jeunes et désirant des enfants, comme dans l'observation I. Mais il ne faudra jamais hésiter, dans le doute, à conserver un organe vasculaire et spongieux, tel que l'utérus, lorsqu'il a contenu un foyer aussi septique qu'un fibrome sphacélé, surtout si, comme chez les femmes d'un certain âge, il est devenu inutile. Très souvent, d'ailleurs, on aura la main forcée par l'évolution, ou la situation intracavitaire inaccessible du fibrome. D'emblée, on recourra à l'opération radicale, après tous les soins de désinfection et de préparation, dont la nécessité n'est ici que plus rigoureuse.

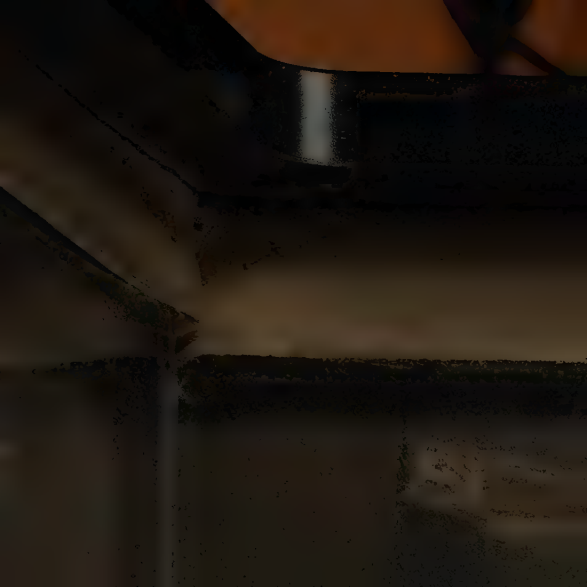
Opérations radicales.

L'hystérectomie pourra se faire par voie vaginale ou abdominale.

L'hystérectomie vaginale a l'avantage d'épargner le péritoine ou de limiter, du moins, l'infection au péritoine pelvien; elle est plus commode chez les obèses. Mais ses inconvénients ne lui abandonnent que des indications exceptionnelles : c'est une méthode aveugle, peu sûre, impraticable lorsque le col déchiqueté empêche l'abaissement de la matrice ou que le volume de la tumeur en complique ou en rend impossible la réalisation, comme dans l'observation XVII, où elle s'est terminée par la mort.

On pourra cependant avoir recours à elle lorsque, au cours d'une opération conservatrice, une complication imprévue viendra nécessiter la cure radicale (obs. II et VII).

L'hystérectomie abdominale a de nombreux avantages sur



On prendra la précaution, pendant l'opération, d'isoler le péritoine par de nombreuses compresses; le col pourra être obturé par une pince de Doyen avant sa section, pour éviter l'issue hors de la cavité utérine du liquide septique qu'elle contient. Enfin, on pourra mettre en place un drainage vaginal et abdominal ou un Mikulicz, suivant les cas.

CONCLUSIONS

I. — Les fibromes sous-muqueux et les polypes fibreux sont, parmi les fibromes utérins, ceux qui se sphacèlent le plus souvent, du fait de leur situation. L'infection est alors ascendante et est causée par les anaérobies.

II. — Cette transformation septique a deux causes principales : la puerpéralité, et l'âge des malades qui ont atteint ou dépassé la ménopause.

III. — Le sphacèle compliquant la puerpéralité s'observe dans les suites de couches. Il est précoce ou tardif.

IV. — Le pronostic est grave soit par les hémorragies, soit par l'infection et ses complications.

V. — Le diagnostic est généralement facile. Cependant, il peut être rendu délicat par la coexistence possible d'un épithélioma du corps. Le curettage est contre-indiqué et la biopsie n'a pas toujours une valeur absolument certaine.

VI. — L'intervention est nécessaire et doit être rapide. Elle sera conservatrice pour les fibromes facilement accessibles, à condition de ne laisser en place qu'un utérus non infecté. L'opération radicale sera généralement l'hystérectomie subtotale. A cause du contenu septique de la cavité utérine, il faudra redoubler de précautions pour éviter l'infection du péritoine.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

C. SIGALAS,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 décembre 1930.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AUCHÉ et BRANDÉIS. — *Journ. méd. de Bordeaux*, 1909.
- BABLET. — Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1910.
- BARDON. — Circulation artérielle dans les fibromyomes utérins. *Gyn. et obst.*, 1921.
- Etude radiographique de la vascularisation des fibromes utérins. *Bull. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1922.
- BARTHÉLÉMY. — Contribution à l'étude clinique et au traitement de la nécrobiose des fibromes au cours de la grossesse. Thèse Bordeaux, 1929.
- BÉGOUIN. — Sphacèle des fibromes utérins interstitiels non exposés; sa nature aseptique, son origine vasculaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, avril 1909.
- La nécrobiose des fibromes utérins. *Paris médical*, 17 juin 1922.
- Tout fibrome se développant après la ménopause est suspect et doit être opéré. *Bruxelles médical*, 1927, p. 777.
- BISCH. — Gangrène des fibromyomes non pédiculés. Thèse Paris, 1904.
- BOURSIER. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, déc. 1907.
- BOURSIER, CHAMBRELANT, ANDÉRODIAS. — *Rev. gyn. et obst. de Bordeaux*, 1903.
- CARRIAT. — Une complication des fibromes après la ménopause (leur gangrène et leur nécrobiose. Thèse Bordeaux, 1923.
- CHAVANNAZ. — Fibrome sphacélé (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908).

- Fibromes sphacélés au cours de la grossesse. Congrès de gyn., obst. et péd. de Toulouse, 1910; C. R. in *Ann. de gyn. et obst.*, 1910.
- *Ann. de gyn.*, 1912.
- Fibromes sphacélés au cours de la grossesse. Congrès franç. de chir., 1919.
- CHAVANNAZ et NADAL. — Recherches sur la vascularisation des fibromes sphacélés. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1910.
- COTTE (G.). — *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1924
- DEBENAIS. — Contribution à l'étude du sphacèle des polypes utérins. Thèse Bordeaux, 1921.
- DELFOURD. — Grossesse compliquée de fibrome. Infection, avortement, hystérectomie. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1926.
- DELFOURD, PÉLISSIER, CAVANIOL. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 3 juin 1924.
- DELLE-CHIAJE. — *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1913.
- DELORE. — *Soc. chir. de Lyon*, 1903.
- DEMELIN et BRINDEAU. — *Ann. Gyn.*, 1911.
- DESMARETS et DIAMANT-BERGER. — *Ann. anat. path.*, févr. 1927.
- DEVAIGNE et LACOMME. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1922, p. 635.
- DOUAY. — Examen au lipiodol dans le cancer du corps de l'utérus. *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 8 juill. 1929.
- DOUCET. — Fibromes intra-utérins pédiculés atteints de sphacèle pendant les suites de couches. Thèse Bordeaux, 1927.
- DUVERGEY. — Sphacèle de l'utérus consécutif à un gros fibrome utérin sphacélé. Guérison par l'hystérectomie abdominale totale. *Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 11 juin 1920.
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*, p. 789.
- GAUCHERAND et BAUSSILLON. — *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1924, p. 465.
- GHINEVA (Mlle). — De la gangrène de fibromyomes utérins sous-muqueux non pédiculisés. Thèse Montpellier, 1906.

- GRÉGOIRE, BÉCLÈRE et DARBOIS. — *Journ. de chir.*, juin 1926, p. 688.
- GROSSE (H.). — *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1922.
- GUÉRY. — Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins. Thèse Paris, 1900.
- GUYOT et ICHON. — Sur un cas de fibrome sphacélé du corps utérin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1923.
- GUYOT et JEANNENEY. — Nécrobiose des fibromes interstitiels. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, avril 1924.
- GUYOTAT. — Elimination des fibromes par gangrène et suppuration. Thèse Lyon, 1898.
- HARTMANN et MIGNOT. — *Ann. gyn. et obst.*, 1896.
- HYENNE. — Principales dégénérescences des fibromyomes de l'utérus. Thèse Paris, 1898.
- LASNIER. — Sphacèle et purulence des fibromes utérins. Thèse Bordeaux, 1897.
- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromyomes utérins. *Ann. de gyn. et obst.*, août 1911.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie.
- LEGROS. — Thèse Paris, 1902, p. 66.
- LEJARS. — Rapport à la Société de chirurgie (30 mars 1898).
- LOUBAT. — Gangrène d'un fibrome utérin après la ménopause. *Soc. obst. et gyn. de Bordeaux*, 12 avril 1921.
- LOUBAT, MANGÉ, BERNARD. — *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 3 juin 1924.
- MARTIN. — Pronostic des fibromes. *Normandie médicale*, 1898.
- MICHON, CREYSSSEL et GARDÈRE. — Etude bactériologique d'un fibrome sphacélé. *Lyon médical*, 1924, CXXXIV, 316.
- NANTA et CLERMONT. — Polype utérin et pyomètre. *Toulouse médicale*, 1909.
- PAUCOT (H.). — Fibrome sphacélé dans les suites de couches. *Bull. Soc. gyn. et obst.*, Paris, 1927, p. 518.
- PICQUAND. — Dégénérescences des fibromyomes. Thèse Paris, 1905.
- POZZI. — Altérations et dégénérescences des fibromes. Traité de gynécologie clinique et opératoire.
- RICHELOT. — Fibrome sous-muqueux gangréné. In thèse de Guéry, Paris, 1901.

VAUTRIN. — *Semaine gynécologique*, 1898.

VAYSSIÈRE et IMBERT. — Le lipiodol intra-utérin. Soc. de chir. de Marseille, n° 9, 1928.

VENOT. — Soc. obst. et gyn. de Bordeaux, mars 1923.

VIDAKOVITCH et SMOKVINA. — Le diagnostic des fibromyomes sous-muqueux par l'hystérogaphie. *Gyn. et obst.*, juin 1928.

